



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Mery Djonne dos Santos Zego

Sistematização da Assistência em Enfermagem aos Utentes
Oncológicos Colostomizados

Mindelo, Julho de 2014

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem em Julho 2014.

Discente

Mery Djonne dos Santos Zego

**Sistematização da Assistência em Enfermagem aos Utentes
Oncológicos Colostomizados**

Orientadora

Enfermeira Isidora Duarte

Mindelo

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de conclusão de curso não significa um simples requisito para a aquisição do grau de licenciatura, significa muito mais, pois é o tributo do nosso esforço, que precisa de muitos intervenientes para a sua conclusão e não somente um esforço individual.

Deste modo no culminar deste trabalho, o dever e a necessidade de expressar os nossos agradecimentos para todos os que colaboraram para realização deste trabalho e que sem dúvida sem eles o percurso seria mais árduo.

Em primeiro lugar agradeço aos meus familiares, principalmente ao meu filho Daniel, por compreender e suportar a minha ausência, agradeço pela paciência, por me ajudarem nos momentos de maior ansiedade.

A todos os meus amigos que ajudaram-me sem cessar nomeadamente Marina Cruz, Iramilde Santos e Cristina Hewawasam que sem eles seria insuportável.

Agradeço também ao meu irmão Victor Zego, ao Odair Chantre e Marino da Luz por não me deixarem desistir quando isto parecia o caminho mais fácil.

À orientadora Isidora Duarte pela paciência, e por se manter incansável sempre encorajando-me para não desistir.

Aos enfermeiros do Consulta externa de Estomaterapia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, por me terem ajudado a compreender a importância de intervenção de enfermagem no cuidado aos utentes ostomizados. E também por me terem introduzido como participante informal no 6º Curso de Estomaterapia mestrada pelo mesmo instituto.

Aos professores Suely Reis e Jerícia Duarte pelo apoio incondicional, por estarem sempre presentes, servindo como guia para concluir esta etapa final.

À Enfermeira Iria Santiago pelo seu apoio incondicional e por estar sempre disponível para um aconselhamento profissional.

A todos aqueles que de forma directa ou indirecta influenciaram este percurso monográfico.

Agradeço profundamente à todos por tudo, e um muito obrigada!

EPÍGRAFE

*Para adquirir conhecimento é preciso estudar, mas para adquirir sabedoria,
é preciso observar.
Marilyn vos Savant*

RESUMO

A incidência do cancro em Cabo Verde acompanha a tendência mundial, em 2011, foi a segunda causa de morte na classificação de doenças crónicas não transmissíveis, caracterizada pelo aumento da esperança média de vida e consequentemente o envelhecimento populacional. Esta também é influenciada pela adopção de estilos de vida não-saudáveis. A enfermagem como pilar de qualquer sistema de saúde preconiza o cuidar de forma holística. A sistematização da sua assistência é importante para dar resposta as necessidades dos utentes.

O tema do trabalho apresentado abrange o conceito de Sistematização de Assistência ao Utente Oncológico Colostomizado. A investigação em enfermagem incorpora um papel fulcral para o estabelecimento de uma base científica para conduzir a uma prática de cuidado responsável, fazendo parte integrante do dever da profissão.

Nisto para redefinir as metas a serem alcançadas o objectivo principal do trabalho, consente em demonstrar a importância da sistematização de assistência em enfermagem aos utentes oncológicos colostomizados. A execução da sistematização da assistência de enfermagem é uma actividade privativa do enfermeiro, sendo o mesmo responsável pela prestação da assistência de enfermagem que visa à promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde do utente.

De entre várias doenças oncológicas o cancro do colon é uma patologia que tem como tratamento por vezes uma ostomia intestinal. A colostomia acarreta diversas transformações para um utente oncológico porque para além de lidar com o problema maior do cancro, será também confrontado com alterações como fisiológicas, alterações da imagem e na adaptação social.

A metodologia utilizada neste percurso monográfico terá como base a revisão narrativa da literatura, esta será feita em livros, revistas científicas de enfermagem, teses, motores de busca como SCIELO, RECAAP portal de conhecimento e outros motores de busca na internet.

Uma das principais conclusões do estudo assente que a enfermagem tem um papel importante na prestação de cuidados ao utente oncológico colostomizado, facilitando no processo de adaptação, reinserção social, autocuidado, mas para isso as intervenções têm que ser sistematizadas.

Palavras-chave: sistematização de assistência, enfermagem, colostomia, doença oncológica.

ABSTRACT

The incidence of cancer in Cape Verde follows the world trend. In 2011, was the second leading cause of death in the classification of non-transmitted chronic diseases, characterized by increased life expectancy and consequently the aging population. This is also influenced by the adoption of unhealthy life styles. Nursing, as a pillar of any health system professes caring holistically. The systematization of its assistance is important to meet the needs of the wearers.

The theme of the work presented covers the concept of Systematic Assistance to Wearer Oncology colostomy. The research in nursing incorporates a central role to the establishment of a scientific basis to conduct to a practice of responsible care, taking an integral part of the duty of the profession.

To redefine the goals to achieve, the main objective of this work consists on demonstrating the importance of systematization of nursing care to cancer colostomy wearers. The implementation of systematization of nursing care is a private activity of the nurse; being the responsible person to provide nursing care aimed at the promotion, prevention, recovery and the health rehabilitation of the wearer.

Among several oncological diseases, the colon cancer is a pathology which treatment sometimes is an intestinal ostomy. The colostomy involves several changes to an oncology wearer because apart from dealing with the major problem of cancer, the wearer will also be faced with changes as physiological, self - image and social adaptation.

The methodology used in this monograph will have as background a narrative review of the literature, this will be done in books, scientific nursing journals, theses, search tools like SCIELO, RECAAP portal of knowledge and other tools of research on the internet.

One of the main conclusions of the study states that nursing has an important role in providing care to cancer colostomy wearer, subserving in the process of adaptation, social integration, self-care process, but for that, the interventions have to be systematized.

Keywords: systematization of assistance, nursing, colostomy, oncological disease.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS- American Cancer Society

APECE- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Estomatoterapia

CIPE-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

IPO-Instituto Português de Oncologia

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association

NIC- Nursing Interventions Classification

OMS-Organização Mundial de Saúde

QV-Qualidade de Vida

RECAAP. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SAE- Sistematização de Assistência de Enfermagem

SCIELO- Scientific Electronic Library Online

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I-CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1.1. Problemática em Estudo	15
1.2. Metodologia.....	21
CAPÍTULO 2: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	24
2.1. Doença Oncológica	25
2.1.1. Características das células neoplásicas.....	27
2.2. O Cancro Colorrectal.....	30
2.2.1. Anatomia e fisiologia do intestino grosso	30
2.2.2. Rastreio e detecção	32
2.2.3. Manifestações clínicas	33
2.3. As Colostomias.....	33
2.3.1. Tipos e características de ostomias.....	35
2.3.2. Complicações precoces e tardias	36
2.3.3. Diferentes dispositivos para prestação dos cuidados a colostomia	38
2.3.4. Aplicação do saco de colostomia.....	39
2.4. Impacto de uma colostomia na qualidade de vida do utente oncológico	40
2.5. Sistematização de Assistência de Enfermagem.....	42
2.5.1. Evolução do cuidar em enfermagem	43
2.5.2. Do processo à sistematização	45
2.6. A importância da Sistematização de Enfermagem no Cuidado ao utente Oncológico Colostomizado.....	52
2.7. Relação de Ajuda entre o Enfermeiro e o Colostomizado/Família na Aceitação da Imagem Corporal Alterada	52
2.8. Intervenções de Enfermagem ao utente oncológico colostomizado	56
2.8.1. Cuidados no Pré-operatório	57

2.8.2. Cuidados no pós-operatório.....	59
2.8.3. Seguimento ambulatorial: vertente ensino no autocuidado	63
CAPÍTULO III- CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
3.1. Reflexão Final	68
3.2. Recomendações de Investigação	71
3.3. Referências Bibliográficas	72

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge do âmbito do 2º Curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade de Mindelo. Trata-se de uma monografia que visa capacitação para a investigação em enfermagem e como pré-requisito para conclusão de curso. Neste mesmo prisma Mitchell e Cody, cit in Strebert e Carpenter (2002, p. 10) propuseram que “todo o conhecimento é configurado na teoria”. Porque “a teoria nos permite conhecer, conceitualizar, contestar e definir o que investigar” (Morse e Field, 1995, p. 4).

O tema escolhido foi a **Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) aos utentes oncológicos colostomizados**. O critério major de escolha do tema baseou-se na experiência que se obteve no decorrer dos ensinamentos clínicos frequentados.

Este tema revela-se de suma importância para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no país porque apresentará novas abordagens de estudo e novos paradigmas do cuidar em enfermagem oncológica, também será um instrumento de investigação que permitirá ao enfermeiro repensar o modelo de assistência aos utentes, que devem ser vistos na sua totalidade, sendo uma forma de enriquecimento tanto a nível pessoal como também académico.

Uma outra finalidade do estudo reverte para o campo de não haver ainda no país sistematização da assistência em enfermagem, aumentando a sua relevância ao falarmos do modelo de SAE aplicado noutros países e repensarmos a sua aplicabilidade no nosso meio.

O cancro é uma das patologias crónicas que tem aumentado em Cabo Verde em número e complexidade. O cancro, independentemente da sua etiologia, é reconhecido como uma doença crónica e degenerativa cujo diagnóstico acarreta para o utente um vasto leque de consequências psicológicas, uma vez que continua a ser fortemente associado a sentimentos de desesperança, medo, dor e, inevitavelmente, morte (Bittencourt, Menezes, Sória e Sousa, 2008).

A investigação em enfermagem incorpora um papel fulcral para o estabelecimento de uma base científica para conduzir a uma prática de cuidado responsável, fazendo parte integrante do dever da profissão (Fortin, 1999).

Neste constructo o objectivo principal do trabalho consente em demonstrar a importância da sistematização de assistência em enfermagem aos utentes oncológicos

colostomizados, especificando e clarificando as metas deste estudo por forma a responder a problemática proposta, assim define-se que este estudo tenderá à:

- Explorar a literatura sobre a sistematização de assistência de enfermagem aos utentes oncológicos Colostomizados;
- Compreender a importância das intervenções de enfermagem para melhorar a qualidade da prestação de cuidados aos utentes oncológicos colostomizados;
- Identificar quais os principais desafios para implementação da SAE;
- Caracterizar os utentes oncológicos colostomizados.

O trabalho encontra-se categorizado de forma lógica em três grandes capítulos, permitindo a interligação de conceitos de uma forma sistemática e organizada. Nisto os capítulos a seguir explanados demonstram o conteúdo que cada um suportará:

Capítulo I: intitulado Considerações Iniciais, abarcará as questões iniciais deste trabalho, isto é, tem em seu conteúdo aspectos abrangentes da problemática em estudo, conceitualizando o tema de acordo com a realidade do país e a justificação pessoal da escolha do tema e quais os principais conceitos a serem abordados.

Ainda será decifrada um aspecto inerente que é a metodologia adoptada para delinear o rumo deste percurso monográfico, explanando o conceito principal de revisão bibliográfica e a importância de investigação em enfermagem.

Capítulo II: O Enquadramento Teórico, abrange o corpo teórico do trabalho, é o capítulo mais longo em que se considera importante desenvolver todos os conceitos chaves inerentes a compreensão da temática exposta, porém de forma sintética permitindo uma exploração objectiva, não um simples dispor de dados que pode tornar exaustivo a leitura.

Assim dos principais conceitos explanados encontram-se primeiramente pressupondo a exploração do geral para o específico, optou-se por começar a abordar o tema central que é a doença oncológica, referindo os conceitos e características, depois tornando o assunto mais específico fala-se do cancro colorrectal de acordo com elementos de interesse que permitem melhor compreensão como anatomia e fisiologia do intestino grosso, rastreio e detecção e as respectivas manifestações clínicas da patologia abordada.

Na mesma linha teórica, sendo o cancro colorrectal, das principais patologias que podem originar uma colostomia passa-se a explicar os tipos de colostomia, complicações, diferentes dispositivos colectores no cuidado a colostomia, depois quais as regras para aplicação do saco.

Um outro título deste capítulo abarca a questão de estudo porque partindo do pressuposto que já ficou esclarecido os conceitos envolventes de doença oncológica, cancro colorrectal e colostomias, pode-se agora compreender a Sistematização de Assistência em Enfermagem, compreendendo primeiramente a sua evolução de acordo com a história de enfermagem, o seu percurso desde a elaboração do processo de enfermagem.

Importante também referir que foram abordados as principais intervenções de enfermagem ao longo do percurso feito pelo utente colostomizado, desde os cuidados pré-operatórios, até ao seguimento ambulatorial do colostomizado, enfatizando as principais acções de enfermagem desenvolvidas no âmbito das consultas de Estomaterapia.

No último capítulo que corresponde as considerações finais restringe-se ao apanhado geral da temática em estudo elaborando uma reflexão sobre as principais conclusões de estudo de acordo com os objectivos propostos, e depois a imprescindível elaboração de recomendações de possíveis focos a serem investigados e culmina com a apresentação das referências bibliográficas que foram a base para a formulação do trabalho.

CAPÍTULO I-CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Durante a explanação deste capítulo os dois itens principais serão abordados respectivamente: a explanação da problemática em estudo onde será justificado a temática escolhida, a pergunta de partida, de forma a fundamentar a escolha do tema, de acordo com a situação real de Cabo Verde e também de acordo com a justificação encontrada nas referências.

O outro ponto anteriormente referido trata-se do enquadramento metodológico, nesta fase após descortinada a problemática é importante referir de que forma o trabalho será incorporado, explicitando assim o percurso metodológico escolhido para a realização do trabalho.

1.1. Problemática em Estudo

O problema de investigação é escolhida pela importância de que se reverte para a enfermagem mais especificamente pela importância atribuída a sistematização da assistência de enfermagem aos utentes oncológicos colostomizados, porque a assistência de enfermagem revela-se imprescindível para o acompanhamento a esses utentes que se caracterizam como utentes fragilizados psicologicamente, socialmente e principalmente a sua readaptação na sua dinâmica familiar. Nesta linha de pensamento, Tavares e Castro (2005, p. 26) dizem que “uma colostomia altera de uma forma radical e profunda a vida do indivíduo submetido a esta. Como tal compete ao enfermeiro facilitar a adaptação deste indivíduo a uma nova vida”.

A incidência do cancro em Cabo Verde acompanha a tendência mundial, caracterizada pelo aumento da esperança média de vida e consequentemente o envelhecimento populacional. Esta também é influenciada pela adopção de estilos de vida não-saudáveis, pela urbanização desgovernada e novos padrões de consumo.

Um outro ponto de vista importante é o nosso próprio modelo de atendimento aos utentes oncológicos, que por falta de especialistas e infra-estruturas próprias para proporcionar um atendimento íntegro e completo ao utente oncológico, ficamos perante o fenómeno das evacuações, que só em 2011 foram registadas 117, devido as neoplasias (Relatório Ministério de Saúde, 2011, p. 58), agravado pelo facto de que Cabo Verde é um país em transição epidemiológica, porque as patologias que mais causam óbitos não são as

infecciosas ou parasitárias mas sim doenças crónicas (diabetes mellitus, hipertensão, neoplasias...).

Em regra com o mesmo relatório (2011, p. 28), de entre os óbitos ocorridos 655 devem-se a patologias cardíacas, 338 a tumores e neoplasias e as doenças infecciosas ou parasitárias ocasionaram 190 óbitos, justificando assim a dita transição epidemiológica pelo claro predomínio de doenças crónicas não transmissíveis no nosso contexto.

Portanto o aumento de doenças de foro neoplásico justifica o presente estudo, porque aumenta o nosso conhecimento acerca das doenças oncológicas permitindo novas estratégias de intervenção.

Estima-se que em 2020 o número de casos novos de cancro anuais seja da ordem de 15 milhões. Cerca de 60% desses novos casos ocorrerão em países em desenvolvimento. A investigação e avanços nas tecnologias médicas de tratamento da doença oncológica têm conduzido a que o cancro permaneça como um grupo de doenças que podem representar tanto uma ameaça aguda na vida das pessoas como uma condição crónica grave que as pode afectar ao longo de vários anos de vida. (Maramaldi e Lee, 2006, cit in Christ, Rizzo e Diwan, 2009). Portanto Cabo Verde ao se enquadrar no país classificado em desenvolvimento médio, o serviço nacional de saúde deve desenvolver estratégias de combate ao cancro.

Posto isto, para melhor delinear as linhas investigativas com maior exactidão foi elaborado uma pergunta de partida onde segundo Quivy e Campenhoudt (1998, p. 34), “traduzir um projecto de investigação sob a forma de uma pergunta de partida só será útil se essa pergunta for correctamente formulada”.

Estes autores referem algumas qualidades importantes a ter em conta na formulação da pergunta de partida: clareza, exequibilidade e pertinência (*ibid*, p. 44). Em suma, “uma boa pergunta de partida deve poder ser tratada” (*ibidem*). Toma-se como pergunta de partida a seguinte: **Qual a importância da Sistematização da assistência de enfermagem aos utentes oncológicos colostomizados?**

Para dar respostas concisas a esta pergunta esta investigação percorrerá um percurso sobre a base e a essência de enfermagem que é o cuidar. O cuidar em enfermagem, estabelece-se num espaço e num tempo em constante mudança no seu paradigma. “Cuidar é um verbo que nos reverte a uma relação que se estabelece entre duas pessoas em que um é o cuidador e outro é o ser cuidado” (Garcia, 1996, p. 256).

Para Collière (2001, p. 58) “cuidar está na origem de todas as culturas”, porque para que a humanidade sobrevivesse tinha que cuidar, de proteger-se, e esta arte passa de geração em geração.

O cuidar é um processo que está na essência de enfermagem, um processo entendido como instrumento metodológico que nos possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como o ser cuidado responde aos problemas de saúde. Pode-se dizer que o processo de enfermagem não é um conceito novo, pois já Florence Nightingale enfatizou a necessidade de ensinar aos enfermeiros a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas.

Na década de 70, Wanda Horta (1979, p. 90) criou o processo de enfermagem, definindo-o como a “dinâmica das acções sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano”. O processo de enfermagem proposto por Horta era composto pelo histórico de enfermagem, exame físico, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem, sendo que neste modelo o prognóstico de enfermagem está separado da evolução de enfermagem somente para fins didácticos, ou seja, para a sua melhor compreensão.

A partir de 2002 o paradigma do processo de enfermagem foi alterado na sua nomenclatura para sistematização da assistência de enfermagem (SAE), pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

“O processo de enfermagem é sistematizado por consistir de cinco passos: investigação, planeamento, diagnóstico, implementação e avaliação. É humanizado pois ao planear os cuidados prestados consideram os interesses, os ideais e os desejos do utente” (Chaves, 2000, p. 152).

A metodologia dos processos de enfermagem concebe-se como um modelo para a prática de cuidados direccionada para pessoas, portanto necessita de ser compreendida como um meio auxiliar que não substitui o conhecimento pessoal, a habilidade ou mesmo a relação interpessoal. Contrariando a definição de Frish (1994, p. 51) quando define “o processo de enfermagem como sendo básico, uma actividade. Uma interacção e como a prática de enfermagem.”

Isto porque a interacção de nenhuma forma deve ser desvinculada dos aspectos expressivos que lhe devem ser inerentes alertando para a não mecanização do processo, porque isto implicaria a essência do processo que é a continuidade dos cuidados.

Conforme Sperandio e Évora (2005, p. 2):

“A elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao utente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel”.

A execução da sistematização da assistência de enfermagem é uma actividade privativa do enfermeiro, sendo o mesmo responsável pela prestação da assistência de enfermagem que visa à promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde do utente.

Actualmente, a doença oncológica, vulgarmente conhecida por cancro, “trata-se de uma patologia cuja incidência global está a aumentar de um modo inquietante, sendo um dos principais problemas de saúde enfrentados nesse novo século” (Patrão e Leal 2004, p. 53).

Otto (2000, p. 4) refere que “o crescimento neoplásico significa que uma massa de tecido anormal que se estende para além dos limites da massa celular normal”. O enfermeiro envolvido no cuidado dos utentes com cancro deve compreender os princípios de fisiologia normal e anormal. Este conhecimento revela-se importante nos cuidados aos utentes oncológicos, sendo o profissional competente para ensinar a promover a saúde e prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e as devidas complicações (Volken, *cit in* Otto, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003, p. 16):

“o perfil epidemiológico das doenças crónicas, entre elas, as neoplasias estão a aumentar num ritmo acelerado, representando um sério problema de saúde pública no âmbito mundial, sem distinção de região ou classe social, e devido a sua permanência, necessitam de um certo nível de cuidados diferenciados”.

Estes cuidados diferenciados devem ser prestados aos utentes oncológicos em todas as dimensões. O utente oncológico é definido como qualquer indivíduo a quem lhe é diagnosticado um cancro, independentemente do tempo decorrido desde o diagnóstico ou do tipo de tratamento a que foi submetido (Rodrigues, 2007).

Breckman, *cit in* Martins (2013, p. 21) afirma que “a palavra estoma deriva do grego e significa boca ou abertura”. Isto porque há um orifício que comunica o meio interno ao externo. Uma estomia, também denominada de ostomia, “é um procedimento cirúrgico que consiste na ligação de uma parte do tubo digestivo, do aparelho respiratório, urinário ou outro, a um orifício externo” (*ibidem*). Sendo que a sua denominação acontece de acordo com o órgão a que diz respeito e têm diferentes funções. Existem três tipos de

ostomias: de respiração, de alimentação e de eliminação. Afunilando o tipo de ostomia a ser desenvolvido neste trabalho, vamos centralizar nas ostomias de eliminação mais especificamente as colostomias.

De entre várias patologias oncológicas o cancro do colon é uma patologia que tem como tratamento por vezes uma ostomia intestinal que pode ser reversível ou permanente. De acordo com a definição de Loureiro e Fernandes (2007, p. 33) “as ostomias intestinais resultam de uma cirurgia criando um estoma na parede abdominal, devido a necessidade de esvaziamento fecal, ocasionado por algum transtorno no trânsito intestinal”.

A colostomia faz parte do tratamento cirúrgico aos utentes oncológicos, existem dois tipos de colostomias quanto ao tempo de permanência da mesma, citando Seeley, Stephens e Tate (1997, p. 1379), “as colostomias temporárias são geralmente feitas em casos de cancro ou por outra causa, mas nos casos de tumor inoperável faz-se colostomia permanente para aliviar ou evitar a obstrução”. Independentemente do tipo de colostomia é um estado que intervém no estilo de vida do utente, neste sentido Sonobe, Barichello e Zago (2002, p. 48) referem que:

“No período pós-operatório, a presença de estoma faz com que o utente se depare com uma nova condição de vida, em que se percebe diante de modificações fisiológicas gastrointestinais necessitando de cuidados com a bolsa colectora de fezes. Diante desse cenário, sentimentos variados emergem, incluindo conflitos, preocupações e dificuldades diante das limitações impostas no seu cotidiano”.

A dor é um dos sintomas após colostomia e Metzger, Muller, Schwetta e Walter afirmam que (2002, p. 192) “a situação de dor crónica perturba completamente a vida do utente e abala profundamente e violentamente o seu equilíbrio psíquico e afectivo”.

A modificação da imagem corporal do ostomizado pode levá-lo ao isolamento social e até mesmo a dificuldades relacionadas com sua sexualidade, já que seu corpo passa por modificações e ficará exposto frente a seu parceiro (Silva e Shimizu, 2006). A ostomia produz mudanças na imagem corporal do utente que irão influenciá-lo em vários aspectos.

“A aceitação desta mudança corporal pode ser exercida por factores internos, pelas pessoas que possuem algum vínculo afectivo com o ostomizado e pela sua condição social, económica e cultural” (Morais, 2009, p. 24). Agravado pelo facto de que no nosso contexto os utentes colostomizados são confrontados com inúmeros problemas como dificuldades económicas para a compra da bolsa colectora, o que muitas vezes os leva a

adoptar estratégias de eliminação intestinal que tem como consequência o isolamento social.

Cascais, Martini e Almeida (2007, p. 163) identificam que:

“Os serviços e os profissionais de saúde por meio de um adequado planeamento da assistência que inclua o apoio psicológico e a educação para a saúde, que desenvolva as aptidões da pessoa para o autocuidado, podem ter um papel decisivo na adaptação fisiológica, psicológica e social da pessoa ostomizada e de seus familiares ao processo de viver com ostomia, contribuindo para a melhoria significativa da QV destas pessoas. Porém quando as estruturas de saúde não sistematizam o cuidado e que não há um Hospital dia de Oncologia capacitada com recursos humanos e materiais para a prestação dos cuidados, a qualidade de vida (QV) desses utentes diminui substancialmente”.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (Whoqol group, 1993, p. 153) pode-se definir qualidade de vida (QV) como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A qualidade de vida é um conceito subjectivo e de difícil mensuração, porém aspectos como físicos, sociais, psicológicos devem ser considerados para a sua avaliação. Nisto, um utente com uma colostomia percebe-se diminuído perante a sociedade, é-lhe imputado a mudança no seu estilo de vida e muitas vezes se não tiver o apoio necessário pode reflectir na diminuição da sua qualidade de vida.

Reafirmando as linhas anteriores, Fernandes, Miguir e Donoso (2010, p. 385) dizem que “para o utente ostomizado, a mutilação do corpo e o uso do dispositivo colector levam-no a necessidade de reconstruir sua identidade corporal”. A imagem corporal é interpretada como sendo desfigurada ou em processo de reelaboração. Facto que pode provocar o isolamento do indivíduo retirando-o do convívio social.

Nesta conjuntura, Silva e Cruz (2011, p. 29) afirmam que:

“Compete aos enfermeiros um ensino que permita ao colostomizado retomar a sua vida quotidiana, nomeadamente os aspectos sociais, profissionais e pessoais, mas também aspectos técnicos, de forma a minimizar o impacto do colostomizado consigo próprio que mantém com o mundo exterior”.

Desta forma, temos que é importante que a equipa de enfermagem esteja atenta as necessidades básicas dos utentes portadores de ostomia intestinal, com o intuito de prestar à ele e aos seus familiares cuidado com qualidade, levando em consideração a relevância da educação em saúde para que esse utente, dentro de suas possibilidades, possa realizar o autocuidado com a ostomia, considerando poder realizar sua higiene sem depender totalmente de um familiar. Parece ser uma situação que contribui para a melhora da QV desses utentes, sendo válido para a enfermagem investir nessa demanda.

Neste sentido, Sonobe, Barichelo e Zago (2002, p. 48) apresentam que “o cuidado à pessoa com ostomia deve considerar que a resolução das dificuldades depende dos recursos individuais internos e do suporte social fornecido pela família, por profissionais e pela estrutura de atendimento oferecida”. Porque a forma como a doença é vivenciada depende de cada indivíduo, do apoio familiar e do contexto de relação de ajuda entre o profissional e o utente. Corroborando com esta perspectiva os autores Maruyama, Costa, Espírito Santo, Bellato e Pereira (2009, p. 71), afirmam que:

“A enfermagem assume um papel fundamental na promoção do cuidado às pessoas em condição crónica por colostomia, de modo que possam oferecer-lhes o apoio e conhecimentos necessários para que desenvolvam suas potencialidades, sua autonomia, desempenhando novamente suas atividades cotidianas das quais se afastaram pelas limitações impostas por essa condição”.

Neste ponto o enfermeiro faz-se de ponte entre o utente e os familiares, porém devem trabalhar sempre com base na relação de ajuda sempre em prol do utente. Assim a promoção para o autocuidado só se revela eficaz, se houver plena adaptação do utente a sua nova imagem corporal.

1.2. Metodologia

Na fase anterior foi exposto a problemática em estudo, nesta fase, que é a fase metodológica, “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas, escolhe um desenho apropriado com a determinação de um método, define a população e a amostra, assim como o instrumento de colheita de dados e a análise de dados” (Fortin, 1999, p. 40).

Kerlinger (1973, p. 17) definiu a investigação como:

“um método sistemático, controlado, empírico e crítico que serve para confirmar hipóteses sobre as relações presumidas entre fenómenos naturais. Assim quando se questiona, elaboram-se hipóteses e argumentos que depois poderão ou não ter como resultado final produção de conhecimento”.

Importa definir o conceito de conhecimento que para Laville e Dionne (1996) *cit in* Fortin (2009, p. 11) “é uma noção que implica a diversidade e multiplicidade e dá lugar a diferenças e a semelhanças nos diversos tipos de saberes”.

A metodologia de investigação qualitativa “preocupa-se com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo”. (Fortin, 1999, p. 22) O objectivo central desta abordagem requer interpretação e descrição mais de que uma mera avaliação dos dados recolhidos, (*ibidem*) assim sendo o estudo apresentado se encontra formulado sobre o método de revisão bibliográfica não com o intuito de quantificar a informação recolhida mas sim uma descrição pormenorizada da temática em estudo.

Com o fim, a revisão alargada da bibliografia que de acordo com Fortin (1999, p. 74) “é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio da investigação”. A apreciação dos documentos envolve o exame de conceitos, as relações entre teorias, os métodos utilizados e os documentos utilizados. A revisão da literatura tem dois objectivos principais determinar o que foi dito e escrito sobre o tema que se pretende explicar (*ibid*, p. 87).

Uma outra vantagem da revisão de literatura segundo Streubert e Carpenter, (2002, p. 22) é o facto de que:

“A revisão da literatura permite também justificar a necessidade de se efectuar uma determinada investigação, ajuda a perceber se o estudo que se pretende realizar já foi outrora estudado e quais as descobertas efectuadas, permite tanto reformular a pergunta de partida como também a construir o argumento sobre a necessidade de se fazer o estudo”.

Corroborando com a ideia anterior, Burns e Groove (1993, p. 86) comprovam que “a revisão da literatura é muito importante não somente para definir bem o problema mas também para conhecer o estado actual de produção científica sobre um determinado tema, e perceber quais as lacunas para o desenvolvimento do saber na área de interesse”.

“Uma revisão de literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com o tema de investigação”. (Fortin, 2009, p. 87) A pesquisa em enfermagem é a base para o acompanhamento da evolução nos cuidados de saúde, pois valida cientificamente os resultados e quando aplicados os conhecimentos obtidos através da pesquisa são transformados em prática clínica, culminando em uma prática de enfermagem que se alicerça na pesquisa (Lobiondo-Wood e Haber, 2001).

A prática baseada na pesquisa reflecte características da pesquisa da qual ela deriva. A qualidade da pesquisa no qual a ciência de enfermagem é gerada e o provimento da informação que orienta a prática será uma das chaves mais importantes para produzir resultados previsíveis para o utente e melhorar a qualidade dos cuidados (*ibidem*).

A revisão será feita em livros, revistas científicas em enfermagem, teses, motores de busca como SCIELO, RECAAP portal de conhecimento e outros motores de busca na internet, com base em palavras-chave ou expressões pertinentes como: sistematização de assistência em enfermagem, dor oncológica, doença oncológica, colostomia, cuidados de enfermagem aos colostomizados, ostomia como prática paliativa, entre outros que se achar importantes para melhor explanação do tema.

O texto deste trabalho monográfico será transcrito de acordo com o normativo de da Sebenta compilada pelo Doutor Albertino da Graça, respectivo Reitor da Universidade do Mindelo, intitulada: “Introdução a Investigação Científica: Guia para investigar e redigir”, 2ª Edição.

CAPÍTULO 2: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo será exposto conceitos inerentes a problemática em estudo, importa referir que em qualquer trabalho de investigação mesmo sendo a essência de uma metodologia de revisão bibliográfica a pesquisa de trabalhos já construídos, é importante a análise dos mesmos para dar a conhecer o que já foi estudado sobre este assunto e esta matriz teórica vai ao encontro dos objectivos propostos.

Fortin (1999, p. 69) define o quadro teórico nas seguintes linhas definidoras:

“ (...) quando as variáveis foram antes estudadas e demonstram relações mutuas. Neste caso, está-se em presença seja de uma teoria específica que fornece uma explicação em relação à acção das variáveis, seja de um autor que propõe uma explicação sobre a acção das mesmas variáveis a partir do resultado do estudo”.

A autora demonstra claramente na sua afirmação que numa revisão da literatura há que ter credibilidade científica, para tal há que cumprir rigorosamente a aplicação das regras de citação e autores.

De seguida será abordado aspectos conceptuais acerca de: explanação dos contornos que envolvem a doença oncológica, abordagem dos aspectos fisiopatológicos e etiológicos do cancro colo-rectal, conceitos relativos a colostomia, reflectir acerca do impacto da colostomia na qualidade de vida de um utente oncológico e posteriormente falar da sistematização de assistência de enfermagem enquanto modelo de actuação.

2.1. Doença Oncológica

O significado etimológico da palavra cancro, deriva do latim e significa caranguejo (Pereira e Lopes, 2005). O uso desta palavra remonta aos anos 500 antes de Cristo quando Hipócrates verificou que as “veias” que irradiavam os tumores da mama se assemelhavam a um caranguejo. Foi o primeiro a identificar a palavra “carcinos”, e desde então os utentes reagem com medo e desespero perante um diagnóstico de cancro. (*ibidem*)

“Esta carga negativa reflecte-se na própria evolução da doença atingindo não só a componente física do indivíduo, mas também todas as outras dimensões pessoais a nível psicológico, social e emocional” (Barbosa, 2003, p.49). É consensualmente aceite entre os profissionais e na população em geral, que muita da carga negativa do cancro deriva precisamente do terror que o seu período terminal inspira.

“A origem do cancro é idiopática, mas alguns autores afirmam estar relacionado com hábitos de vida, cultura, exposição temporal e factores ambientais” (Boffetta, 2004, p.403). Mas na actualidade as conclusões acerca da origem do cancro seja ela qual for a localização ou circuito fisiopatológico ainda não são concisas.

Hoje, com o desenvolvimento da tecnologia em saúde e com os avanços científicos o cancro passou a ser uma doença crónica, com o aumento do tempo de sobrevida, foi possível ainda melhorar a qualidade de vida em utentes cuja doença persiste e observar remissão completa em algumas neoplasias, esta concepção é fundamentada por Sá (2003, p. 23) que nos diz que “o cancro passou a ser uma doença crónica com períodos de remissão (sem doença e com ou sem tratamentos de manutenção) e de recaída (com doença, tendo lugar aos tratamentos agressivos como quimioterapia e radioterapia)”.

O organismo humano encontra-se exposto a múltiplos factores carcinogénicos com efeitos aditivos ou multiplicativos. Sabe-se que a predisposição individual tem um papel decisivo na resposta final, porém não é possível definir em que grau, ela influencia a relação entre a dose e o tempo de exposição ao carcinogénico e a resposta individual a exposição (Instituto Nacional de Câncer, 2002).

Antes de descortinar os principais focos etiológicos, é necessário compreender os aspectos fisiopatológicos gerais do cancro. Nisto, Groenwald, *cit in* Pfeifer (2000, p. 4) descreve os padrões de crescimento neoplásico dizendo que:

“Os padrões de crescimento neoplásico são caracterizados por dois mecanismos: a primeira é a anaplasia que significa “sem crescimento” e distingue-se pela mudança irreversível na qual as estruturas celulares adultas regressam as formas primitivas, em que as mesmas perdem a capacidade de funções especializadas, resultando em desorganização funcional e estrutural característico das células neoplásicas”.

Em acréscimo Donehower, *cit in* Pfeifer (2000, p. 4) debuta que:

“O outro mecanismo entende-se por neoplasma que significa “um novo crescimento” e representa uma massa de tecido anormal, que ultrapassa os limites da massa do tecido normal, com falha no funcionamento normal das células. O que mais caracterizam essas células é sem dúvida o crescimento e divisão irregulares, funcionamento incontável e mobilidade anormal”.

Este crescimento de tecido anormal tanto pode ter uma componente de benignidade ou malignidade. O cancro é um termo comum utilizado para todos os tipos de cancro, que depois é especificado pela localização anatómica e fisiológica.

Os tumores malignos são invasivos com facilidade de disseminação e consequentemente mais agressivos. Por apresentarem essas características propiciam a

metastatização reduzindo a possibilidade de cura da doença e os tumores benignos são conhecidos pelo crescimento celular de forma controlada e dificilmente provocam complicações (Robbins e Cotran, 2005).

2.1.1. Características das células neoplásicas

As células neoplásicas possuem diferenciadores com relação as células normais, estas diferenças são detectadas desde da morfologia, diferenciação, crescimento e reprodução, portanto é necessário compreender as principais diferenças existentes entre os tipos de células já descritas, passa-se a apresentar algumas delas:

- Perda de controlo da proliferação: todas as células neoplásicas possuem esta característica, que basicamente é o estímulo produzido pelas células para renovação e substituição celular, em que a produção da célula termina quando cessa o estímulo. Nas células neoplásicas a produção não para o que resulta no crescimento descontrolado (Donehower, *cit in* Pfeifer, 2000, p. 4).

- Perda da capacidade de diferenciação: a diferenciação é o processo pelo qual as células se diversificam e adquirem estruturas específicas e funcionais. As células que assemelham as células normais, mas que tem crescimento lento, são bem diferenciadas, tem também estruturas e funções reconhecidos, enquanto as células que crescem rapidamente e que não têm as características morfológicas nem as funções específicas das células de origem portanto são denominadas indiferenciadas (*ibidem*).

Segundo Volker, *cit in* Pfeifer (2000, p. 4), “quanto mais for indiferenciada é uma célula maligna mais agressiva se acredita que seja”.

- Alterações e propriedades bioquímicas: Devido a perda da capacidade de diferenciação, e a imaturidade das células pode conduzir a falhas bioquímicas. Uma das alterações são as secreções anormais de hormonas (*ibidem*).

- Instabilidade dos cromossomas: produz um aumento das mutações malignas através da proliferação das células neoplásicas, que por sua vez pode originar uma sobrepopulação dessas mutações e com conseqüente resistência ao tratamento preconizado. (Yunis, *cit in* Pfeifer, 2000, p. 5).

- Capacidade para metastizar: a metástase é a disseminação de células cancerígenas de um foco primário para outros focos que podem ser distantes, com o auxílio

de enzimas produzidas pelas células neoplásicas. Há uma relação potencial entre o grau de mutação e malignidade da célula e a capacidade de metástase (Volker, *cit in* Pfeifer, 2000, p. 5).

Com base na compreensão de uma forma ambígua dos conceitos fisiopatológicos no processo cancerígeno, importa agora referir os principais factores para a lesão genética e transformação neoplásica (carcinogénese), de acordo com os autores De Vita, Hellman e Rosenberg (2001), as causas estão agrupados em quatro grupos: factores virais, químicos, físicos e hereditários, em que:

◆ Quanto aos factores virais importa referir que várias infecções virais podem desencadear um processo neoplásico, por exemplo, de entre os DNA virais mais comuns temos a doença de Hodgkin;

◆ Factores químicos: a origem química de neoplasias em humanos deve-se a observação de cancres não usuais em determinados grupos que exerciam ocupações comuns, deste a exposição as industrias como por exemplo de borracha, aos hábitos tabágicos e aos estilos de vida associados. Recentemente outros factores foram associados ao risco químico, como “a poluição, combustível, água contaminada” (...) entre outros elementos (Boffetta, 2004, p. 403);

◆ Factores Físicos: os principais agentes que causam cancro em humanos são radiação ionizante, ultravioleta e exposição a asbeto. As principais fontes são os raio-x, solos minerais radioactivos, entre outros, porém outros factores secundários com tempo de exposição, características do hospedeiro, grau de diferenciação, implicam o aparecimento ou não de um processo neoplásico (Pfeifer, 2000, p. 13);

◆ Factores genéticos e hereditários: considerando que a genética esta presente em todos os processos celulares, a neoplasia e a hereditariedade estão intimamente relacionadas (Cotran e Robbins, 2005).

“Actualmente a doença oncológica trata-se de uma patologia com incidência global, que está a aumentar de modo inquietante, sendo um dos principais problemas de saúde do novo século”, (Patrão e Leal, 2004, p. 53) por isso a comunidade científica tem adaptado novas estratégias que permitem culminar os danos causados por essa moléstia.

O cancro é considerado das patologias mais temidas do mundo moderno, mesmo depois de passar para o carácter de cronicidade, porém ainda é percebido por muitos como uma doença que simboliza a morte, antecipado por um percurso de dor e sofrimento. (Terreno, 2000). Ao envolvimento deste tema existe o estigma social, em que muitos têm medo

de pronunciar a palavra “cancro”, pois significa morte ou uma fatalidade que não se pode evitar.

O utente oncológico é definido como indivíduo que lhe é diagnosticado um cancro, independentemente do tempo decorrido desde o diagnóstico ou do tipo de tratamento a que lhe foi submetido (Rodrigues, 2007).

“O processo que advém a partir do momento que se é diagnosticado o cancro é experienciado, não só pelo utente, mas também por sua família, como um momento de grande sofrimento e angústia, porque reflecte como sinónimo de perdas e sintomas adversos que implicam nas capacidades funcionais e no desenvolvimento de coping eficazes”. (Paredes, Quartilho, Canavarro, Serra, Pereira, Rijo, Gameiro e Carona, 2008, p. 71)

O significado atribuído ao diagnóstico de cancro é individualizado e é influenciado pelas experiências anteriores, pessoais ou familiares como doença oncológica, grau de escolaridade, cultura, suporte social e informações fornecidas pelos profissionais de saúde, ou por outros factores internos porém é uma fase de choque e devastação (Pereira e Lopes 2005).

De acordo com os estádios reconhecidos por Kubler-Ross sobre a morte (2002, p. 45), são passíveis de ser identificados em utentes com diagnóstico de cancro nomeadamente: “a negação, raiva/revolta, negociação, depressão e aceitação, isto claramente difere de pessoa para pessoa”.

Na fase diagnóstica é reconhecido os estádios de raiva e choque, é comum surgir também sentimentos de “culpa, depressão, desconforto físico e sensação de finitude”, como refere Holland e Alici (2010, p. 4). Isto pode ser agravado por mudanças no estilo de vida consequentes de recorrentes hospitalizações para realização de tratamentos ou exames (Pereira e Lopes, 2005).

Os avanços científicos e tecnológicos ocorridos na saúde oncológica permitiram a combinação de tratamentos de radioterapia e quimioterapia neo-adjuvantes (pré-cirúrgica) e adjuvantes (pós-cirúrgica), diminuindo consideravelmente o risco de recidivas, progressão de doença e com o aumento da sobrevida e qualidade de vida dos utentes oncológicos.

Em concordância com a ideia anterior Pimentel (2006) refere que “para muitos indivíduos com cancro esta doença deixou de conduzir, obrigatoriamente, à morte, passando a ser considerada uma doença crónica com duração muito variável (meses ou anos) e tratamentos complexos”.

Porém, as consequências produzidas pelos eventos terapêuticos provocam diversos efeitos adversos, como náuseas e vômitos, perda ponderal, alteração da imagem corporal (colostomia, alopecia), disfunção orgânica secundária a radioterapia, susceptibilidade a infecções entre outras consequências que repercutem no estilo de vida e na conotação psicossocial dos utentes oncológicos (Pereira e Lopes, 2005).

Da mesma forma que o utente oncológico, percebido como um todo o impacto de viver com doença crónica alberga consequências ou impactos a nível social e psicológica não descortina o impacto no seu núcleo principal, que é a família, posto isto, Dias, Xavier e Costa (2002, p. 303) afirmam que “o núcleo familiar funciona como organismo dinâmico e a doença que afecta um dos familiares modifica é modificada pela dinâmica interna familiar”. A família pressupõe então um recurso importante para o utente e se organizada maximiza as estratégias de adaptação e minimiza os danos ao utente.

Corroborando, Pereira e Lopes (2005, p. 74) aludem que “a doença oncológica pode contribuir para uma maior proximidade entre os seus membros ou um afastamento, mas não diferem na experiência da doença oncológica”. Assim, “a probabilidade de desenvolvimento de distúrbios emocionais, físicos e comportamentais são maiores” (Baider e De-Nouze, 2000, p. 41).

2.2. O Cancro Colorrectal

A abordagem do cancro colorrectal é importante para percebermos o porque da realização de uma colostomia e sendo esta patologia uma das principais causas desta opção cirúrgica ao longo deste subtítulo será abordado questões como anatomia e fisiologia do intestino grosso, rastreio e detecção desta patologia, manifestações clínicas e principais tratamentos preconizados.

2.2.1. Anatomia e fisiologia do intestino grosso

O intestino grosso é a parte inferior do tubo digestivo, tem um diâmetro maior do que o intestino delgado, porém mais curto, mede entre 1,5 a 1,8 metros e tem um calibre que diminui progressivamente até ao cego que é aproximadamente 7 cm. Está dividido entre o cego, cólon e recto (Seeley, Stefhens e Tate, 2005).

O cólon está dividido entre o cólon ascendente, transcendente e sigmóide. Apresenta quatro camadas: serosa (que recobre o cólon, onde formam pequenos sacos peritoneais cobertos de gordura), a muscular (formada por duas capas, a circular e longitudinal), a submucosa (composta por fibras colágenas e retícula, tecido elástico, vasos sanguíneos, linfáticos e nervosas não mielinizadas e o plexo submucoso) e por fim a mucosa que tem a principal função de segregar muco que facilita a agregação da matéria fecal. (Seeley, Stephens e Tate, 2005, p. 907).

O cólon tem três funções importantes: absorção, secreção e eliminação. Água (cerca de 1.5 l), sódio e cloreto são absorvidas diariamente pelo cólon (Potter, 2006, p. 887). A quantidade de água e electrólitos absorvidos depende da velocidade que o quimo atravessa, dependente do peristaltismo, isto é, se o peristaltismo for rápido há menos tempo para absorção de água e as fezes serão mais líquidas, o contrário se passa quando o peristaltismo é lento e há um continuum na absorção da água e as fezes são massas duras resultando em ultimo caso em obstipação (*ibidem*).

A função secretora mantém o equilíbrio electrolítico, com troca de electrólitos. O recto é a porção final do intestino grosso, possui pregas de tecido que ajudam a segurar o conteúdo fecal antes da defecação. Cada prega contém artéria e veias que por pressão podem distender e resultar em hemorróidas (*ibidem*).

O ânus é o orifício onde as fezes e flatos são expelidos do recto, através da contracção e relaxamento dos esfíncteres interno e externo, com inervações a nível simpático e parassimpático, que ajudam no controlo da defecação, isto é, confere capacidade de continência (Seeley, Stephens e Tate, 2005).

Uma das principais patologias causadoras de colostomia, é a patologia de cancro colo-rectal que por obstrução do trânsito intestinal, implica uma colectomia que consequentemente resulta numa colostomia. O Cancro colo rectal afecta igualmente ambos os sexos, com maior incidência em pessoas com maior de cinquenta anos, e a idade média de diagnóstico é aos sessenta e dois anos (American Cancer Society, 2014).

A causa concreta do cancro colorectal é desconhecida, mas alguns factores de risco são tidos em conta como: a dieta, factores genéticos e patologias colorretais. A dieta como um factor de risco continua sob investigação, mas alguns produtos que danificam a mucosa e aumentando a actividade proliferativa como carnes e altos teores de gordura podem constituir um factor de risco para o desenvolvimento da patologia comparado com

uma dieta rica em fibras (diminuem o tempo de contacto das fezes com a mucosa do colon) e com baixo teor de gordura (Murphy, *cit in* Otto, 2000, p. 139).

Quanto aos factores genéticos, o índice genético desta patologia é altamente elevada, com o índice três vezes mais elevado nas pessoas que tem antecedentes familiares do primeiro grau (*ibidem*).

Outros factores patogénicos correspondem “a colite ulcerosa e a doença de Crohn, e o processo de malignidade aumenta quanto maior for o tempo de duração da doença de base”. Uma outra patologia genética podem ser os “adenomas poliposos, a medida que crescem aumento as alterações celulares que pode provocar malignidade” (*ibid*, p. 140).

2.2.2. Rastreio e detecção

Segundo a American Cancer Society recomenda-se para a prevenção do cancro colorectal, medidas dietéticas e exames de diagnóstico. “As considerações dietéticas baseiam-se numa alimentação rica em fibras (cereais integrais, frutas e vegetais), e com baixo teor de gordura animal” (Murphy, *cit in* Otto, 2000, p. 140).

Quanto aos exames de diagnóstico, incluem exame rectal digital uma vez ao ano, nas pessoas maiores de quarenta anos e um teste de sangue oculto nas fezes para utentes com idade superior aos cinquenta anos, isto para os que se caracterizam com assintomáticos (*ibidem*).

Um dos métodos chave de rastreio de lesões cancerosas denomina-se “proctosigmoidoscopia, é um exame mais sofisticado que permite maior visualização e conforto do utente, pode ser necessário uma colonoscopia e outros exames complementares como tomografia computadorizada e ultra-som do abdómen” (Mohallem e Rodrigues, 2007, p. 278).

Quanto a classificação, o cancro colorrectal mais comum é o “adenocarcinoma, outras formas incluem epiteliomas, carcinoma de células escamosas, sarcomas, linfomas e leiomiossarcomas” (De Vita *et al*, 2001, p. 1021).

2.2.3. Manifestações clínicas

As manifestações clínicas de forma geral para os cancros colorrectais podem incluir alterações como: melenas, dor abdominal, anorexia, flatulência. Dependente da localização pode variar, pois se localizado no lado direito pode haver irradiação da dor abdominal vaga para a zona lombar, fezes líquidas, enquanto se localizada no lado esquerdo os hábitos intestinais estão alterados, cólicas, obstipação, perdas hemáticas de cor viva, sensação de pressão rectal e sensação de evacuação incompleta (Otto, 2000, p. 138).

Se a lesão se localizar no colon transverso podemos observar uma massa palpável com obstrução, alteração do padrão intestinal e fezes com sangue também (*ibidem*).

Por último, “as características de uma lesão da ampola rectal traduz-se por alterações dos hábitos intestinais com perdas hemáticas de cor vermelho vivo, tenesmo, dor severa na virilha, escroto, pénis e pernas” (Murphy, 2000, p. 139).

O tratamento primário do cancro colorrectal é cirúrgico, e as principais cirurgias são: ressecção do colon com reanastomose por colostomia (temporária ou permanente) e a ressecção abdominoperineal (*ibid*, p. 141). Porém “a quimioterapia e a radioterapia têm configurado como terapêuticas adjuvantes, do procedimento cirúrgico de base, dependendo dos protocolos adoptados, o tipo do tumor, a idade e se apresenta ou não metástases” (*ibidem*).

2.3. As Colostomias

Com base na temática do trabalho apresentado e dos próprios objectivos do estudo, para se fazer intervenções de enfermagem em utentes com uma ostomia de eliminação é preciso compreender os conceitos relacionados com a mesma, portanto no capítulo a seguir serão explanados conceitos sobre colostomias, tipos de ostomias, características, tipos de dispositivos.

Para tal este capítulo será elaborado de acordo com referências bibliográficas e o estágio de observação realizado no serviço de consulta externa de Estomaterapia no Instituto Português de Oncologia e pela participação do 6º Curso de cuidados de enfermagem em Estomaterapia no mesmo instituto, acrescentando ainda aulas que foram

assistidas, leccionadas por uma Estomoterapeuta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Elaborando um pequena nota introdutória sobre a história do início da construção de procedimentos cirúrgicos produzindo ostomias, nisto é, a partir do início do século XVIII, que os relatos de colostomias se tornam mais frequentes. Em 1709 um cirurgião alemão, Lorenz Heister, teria realizado operações de enterostomia em soldados que apresentavam ferimentos intestinais. Contudo, posteriormente descobriu-se que a técnica de Heister consistia na fixação das feridas à parede abdominal e não na realização de verdadeiras ostomias. Em 1776, Pillore realizou com sucesso uma cecostomia inguinal (Petuco, 1998, p. 16).

Em 1783, um cirurgião de Napoleão, Antoine Dubois, relata a realização de uma colostomia em uma criança de três dias nascida com imperfuração anal. Apesar de nos últimos anos do século XIX, os princípios básicos para a realização das colostomias já estivessem estabelecidos, no início da década de 1950.

A designada “era moderna das ostomias”, são alcançados novos conhecimentos em especial através dos trabalhos de Patey (ênfatisando a sutura colo-cutânea) e de Butler (excisão combinada do reto). Em 1943, é realizada a primeira proctocolectomia com ileostomia definitiva em uma jovem também acometida de colite ulcerativa, por Gavin Mille (Zampieri e Jatoba, 1997, p. 21).

A partir de meados do século XX até aos dias de hoje, ocorreu uma grande evolução nas técnicas cirúrgicas utilizadas na realização de ostomias e nos equipamentos e dispositivos disponíveis. É possível encontrar uma grande diversidade de placas e bolsas coletoras, que visam adaptar-se cada vez mais às necessidades da pessoa ostomizada (*ibidem*).

Como já foi dito anteriormente, certas patologias impedem a saída normal do conteúdo intestinal através do intestino grosso e o tratamento dessas perturbações pode resultar na necessidade de construção cirúrgica de um estoma, trazendo a extremidade do intestino seccionado para a pele (Potter, 2006).

A colostomia é definida por diversos autores, de entre eles, Hurtado, Sáenz e Velasco (1994) como “a exteriorização do cólon através da parede abdominal, suturando-o à pele, com o objectivo de criar uma saída artificial para o conteúdo fecal”.

Assim, qualquer pessoa portadora de uma colostomia designa-se por colostomizado que segundo Costa, (1999, p. 55) é:

“uma pessoa que, por inviabilização do tratamento medicamento, clínico ou cirúrgico de uma patologia específica, foi submetido a uma cirurgia para derivação intestinal do cólon (...) a uma abertura artificial do abdómen, pela qual expelle fezes, para um dispositivo apropriado”.

A criação de um estoma independentemente da causa, na perspectiva de Serrano e Pires (2005), “é sempre uma situação mutilante e traumatizante para o doente”. Cada doente tem comportamentos e reacções próprias, considerando-se a intervenção do enfermeiro essencial na sua recuperação a partir do seu apoio, profissionalismo e ensinamentos. Estes aspectos são especialmente significativos nos doentes ostomizados que vêem a sua imagem corporal ficar profundamente alterada.

2.3.1. Tipos e características de ostomias

Os tipos de colostomias podem ser classificadas de acordo com a técnica utilizada para sua confecção, pelo tempo que permanecerá e pela posição anatómica. Quanto ao tempo de permanência da colostomia, são classificadas como temporárias ou permanentes, em que de acordo com Carvalho, Yamamoto e Cistia (2005, p. 134), “a colostomia temporária pode ser realizada com a finalidade de proteger a anastomose nas regiões pélvicas. E quanto as definitivas são indicadas para utentes que necessitam de amputação do recto para tratamento do carcinoma rectal”.

Outras causas para construção de uma colostomia definitiva é vista em situações de carcinomas da parte distal do intestino grosso, como outras situações mais raras como doença de Crohn rectal, traumatismos anais, lesões traumáticas da medula espinhal ou mesmo neoplasias que comprometem o estado geral do utente, isto é num foro mais paliativo (Hurtado, Sáenz e Velasco, 1994).

Quanto a posição anatómica, segundo Beyeus e Dudas (1989):

- Colostomia ascendente situada no cólon ascendente é o tipo menos comum de colostomia, sendo vista na sua maioria como temporária, situa-se no quadrante inferior direito do abdómen e as fezes são líquidas e mal formadas devido a má absorção de água;
- A colostomia transversa é a mais comum, quando há evidência de obstrução intestinal aguda, com desvio do conteúdo fecal do segmento afectado distalmente e descompressão abdominal, se distingue dois tipos: colostomia em ansa, que possui dois orifícios que estão juntos, em que um drena as fezes que são semilíquidas à pastosas

consoante a dieta, e o outro orifício que é distal drena o muco, enquanto que o outro tipo que é a colostomia em cano de espingarda, um orifício situa-se no colon transverso e drena as fezes e o outro no colon descendente e funciona como fístula mucosa que drena o muco;

➤ A colostomia descendente ou sigmoidostomias costumam ser definitivas, localizado no abdómen esquerdo, principalmente quando se faz uma ressecção abdominoperineal do recto, as características do efluente são pastosas, semi-formadas ou mesmo totalmente formadas, são os que mais se aproximam do “normal”.

2.3.2. Complicações precoces e tardias

O aparecimento de complicações tardias induz ao facto do enfermeiro ter que repensar os cuidados de enfermagem e reforçar os ensinamentos feitos anteriormente, controlando os sintomas e prevenindo agravamento das complicações. Assim “as complicações das colostomias podem ocorrer imediatamente no pós-cirúrgico imediato, denominando-se complicações precoces ou então após algum tempo nomeadamente as tardias” (Mattos e Cesaretti, 2005, p. 196).

A luz dos mesmos autores fundamenta-se que quando ocorrem complicações sejam elas precoces ou tardias, determinam uma diminuição acentuada da qualidade de vida do indivíduo porque para além de se adaptar a sua nova imagem corporal, em algumas circunstâncias essas complicações implicam uma nova intervenção, para serem corrigidas atempadamente (*ibidem*).

Os que se destacam como sendo complicações precoces ou imediatas são elas: “isquemia e necrose, hemorragia, deiscência da sutura muco cutânea do estoma e edema”. (Mattos e Cesaretti, 2005) Estas complicações são abaixo explicados de acordo com os autores mencionados em que:

A isquemia e necrose produzem-se por obstrução do fluxo sanguíneo ao segmento do colon que foi exteriorizado, manifesta-se pela mudança na coloração do estoma que antes rosado ou vermelho brilhante, sendo uma mucosa quando há défice na irrigação sanguínea apresenta-se pálida, cianosada sendo que o processo de necrose é posterior a uma isquemia prolongada.

O edema é uma complicação comum é devido a resposta da inflamação fisiológica, diminui ao longo dos dias, e pode ser aconselhado aplicação de compressas com soro

fisiológico frio e adequar o tamanho do dispositivo para evitar aparecimento de úlceras na mucosa por pressão.

A hemorragia é menos frequente, ocorre nas primeiras horas, pode estar relacionado com elevada tração do estoma ou deficiente hemóstase do mesentério, e poderá ser necessário uma correcção cirúrgica.

A Deiscência mucocutânea, por uma tensão excessiva a nível da sutura mucocutânea por uma inadequada cicatrização intestinal, provocando um deslizamento do intestino para o interior da cavidade abdominal pode ser necessário uma correcção cirúrgica ou em caso de utentes idosos, onde a pele é flácida e não possui consistência para uma nova cirurgia, simplesmente são suturados pontos de fixação do estoma a pele e é feita uma contensão com cinta abdominal para aproximação dos bordos e favorecer a cicatrização por segunda intenção, e por último a sepsis peristomal é a contaminação do tecido periestomal, associada muitas vezes à isquemia.

Segundo esses mesmos autores, “as complicações tardias aglomeram a dermatite periestomal, o prolapso, a estenose, a retracção, granulomas e a hérnia”. São explanados pelos autores supracitados de acordo com características próprias sendo que:

A dermatite periestomal é a causa principal da perda da integridade da pele periestomal, sendo por dermatite irritativa ou de contacto (contacto com o efluente, sudorese ou adesivos), por reacção alérgica (material plástico do dispositivo, produtos de higiene e adesivos) ou por traumatismo (lesão causada por remoção brusca do dispositivo).

Quanto ao prolapso é a exteriorização da ansa intestinal, tendo com causas principais o aumento da pressão intra abdominal, ou uma abertura excessiva do orifício do estoma. A estenose quando há um estreitamento do orifício do estoma por diversas causas: cicatrização como processo inflamatório com consequente fibrose, radioterapia, carcinomatose periestomal, pode ser submetida a uma reparação local.

A retracção também pode ocorrer no pós-operatório tardio e pode ter por base as complicações precoces como isquemia e necrose, deslocamento mucocutâneo ou ainda um ganho excessivo de peso após a cirurgia.

Os granulomas resultam de uma resposta do organismo a uma agressão, como são o caso dos pontos de transição mucocutânea, do dispositivo ou a irritação continuada da pele periestomal. Por vezes é necessário retirar os pontos de transição. Ajustar o recorte do dispositivo e aplicar nitrato de prata local.

Por último e não menos frequentes são as hérnias que são passagens de uma ou mais ansas intestinais através da fáscia muscular para tecidos subcutâneos junto ao estoma, pode ser causado por enfraquecimento da fáscia muscular ao redor do estoma, por aumento da pressão abdominal, por excesso de peso ou por realização de esforços desadequados. Quando não implicam no funcionamento do estoma é aconselhável utilizar cintas elásticas, se não for eficaz pode ser feita correcção cirúrgica.

2.3.3. Diferentes dispositivos para prestação dos cuidados a colostomia

O utente colostomizado deverá manter tanto quanto possível, as suas actividades de vida diária e hábitos de vida, desde que o seu estado de saúde o permita, tendo sempre em mente que a maior alteração será os cuidados a prestar ao estoma e a pele (Serrano e Pires, 2005).

Segundo Tavares e Castro (2005, p. 10):

“Um sistema de dispositivo de peça única, deverá ser mudado diariamente, sempre que o ultimo estiver cheio ou quando se verificar uma fuga de fezes entre a pele periestomal e o dispositivo colector. Um sistema de duas peças, o saco deverá ser mudado diariamente e a placa deverá ser mudado de três em três dias, ou sempre que se verificar uma fuga de fezes entre a pele periestomal e o dispositivo.”

Quanto à cor, os sistemas colectores podem ser transparentes ou opacos. Os transparentes permitem observar o estoma ver o conteúdo intestinal eliminado, sendo mais utilizado a nível hospitalar. Os sistemas colectores opacos são de cor bege e mais discretos (Grupo, C.I.D.O, 1997, formada pela Coloplast¹).

No que respeita aos sistemas continentes, utilizados no cuidado à colostomia, estes são utilizados para conseguir o controlo voluntário e o domínio do momento de evacuação das fezes e dos flatos. De acordo com o grupo supra citado existem os seguintes sistemas continentes: a irrigação, o obturador e a combinação da irrigação e o obturador. A utilização dos sistemas continentes está indicada nas colostomias descendentes e nas sigmoidostomias, onde as fezes são sólidas e existe uma regularidade do seu débito.

A irrigação é um método mecânico que regula a motilidade intestinal, consiste basicamente numa lavagem do percurso intestinal por meio da introdução de água (500 a 2000 cc), à temperatura corporal, através do estoma. Isto permite uma melhor continência e

¹ Coloplast- Empresa produtora de materiais diversificados de cuidados às ostomias. Criou um grupo de profissionais que elaboram normas, e guias de apoio ao ostomizado.

que a colostomia só funcione a cada 24 ou 48 horas, dependendo do estilo de vida e da dieta do colostomizado (Grupo, C.I.D.O, 1997).

A irrigação é indicada em colostomizados activos, independentes no auto cuidado e nos casos em que a uma estenose do estoma, isto é, “quando o diâmetro do estoma se torna tão reduzido que impede a saída normal das fezes” (Alves, 1999, p. 49). No que tange ao Obturador segundo o Grupo C.I.D.O. (1997), “é uma prótese externa com forma de tampão, que assegura a continência da colostomia, durante o período em que está aplicado”.

O mecanismo de acção do obturador é relativamente simples, uma vez introduzido no estoma, a película hidrossolúvel, que reveste o obturador, dissolve-se e o obturador, dissolve-se e o obturador expande-se impedindo a saída de fezes, mas permitindo a saída de gases. Assim, o ruído dos flatos elimina-se e o mau odor fica retido num filtro (Grupo, C.I.D.O, 1997).

O grupo C.I.D.O cit in Loureiro e Fernandes (2007) refere que:

“não é aconselhável o uso de substâncias irritantes como álcool, perfume e antiséptico, nos cuidados ao estoma e a pele, aconselha-se o uso de água e sabão para a higiene.” É igualmente contra indicada tricotomia por lâminas ou cremes depilatórios, mas sim uma tesoura para diminuir os pêlos a volta do estoma. “O uso de cremes gordos impedem a aderência do dispositivo á pele periestomal e podem causar reacções alérgicas.”

2.3.4. Aplicação do saco de colostomia

Após a realização do procedimento cirúrgico que origina a colostomia, é necessário a aplicação de um sistema de bolsa colectora, formado por uma bolsa de ostomias e uma base ou placa, que constitui a barreira cutânea. Existem vários sistemas de bolsas e para uma escolha adequada do tipo de bolsa o enfermeiro deve considerar a localização do estoma, tipo e tamanho e a quantidade de drenagem. Há que também ser alvo de verificação o tamanho do perímetro abdominal, a condição da pele periestomal, as actividades de vida diária do utente, a idade e no final a possibilidade de aquisição dos dispositivos (Potter e Perry, 2006).

A aplicação correcta do saco de colostomia é importante para que o utente se sinta seguro para realizar as suas actividades de vida diária, por isso Tavares e Castro (2005, p. 15) elucidam que:

“O saco de colostomia deve aderir perfeitamente á pele, a fim de evitar qualquer fuga de fezes. É importante enaltecer que a remoção do saco deverá ser feita de cima para baixo, isto é, num

sentido descendente, pelo que enquanto uma mão puxa o saco, a fim de o descolar, a outra segura a pele, repuxando-a, até a total descolagem do saco de colostomia”.

“Este procedimento é importante porque por um lado evita saída do efluente do saco para fora e por outro evita que a pele seja lacerada pela retirada do saco.” Isto porque enquanto a retirada do saco é de baixo para cima, a colocação do mesmo é de cima para baixo, tendo sempre em atenção se o dispositivo tem um recorte ajustado ao estoma, evitando assim fugas de fezes e irritação consequente da pele periestomal, há que passar a mão por cima do saco para ajudar na colagem (Tavares *et al*, 2005, p. 16).

No que confere a técnica de troca do saco de Colostomia COF, (2003) apresenta os seguintes passos:

- 1º O enfermeiro deve reunir todo o material;
- 2º Lavar as mãos;
- 3º Retirar a bolsa de cima para baixo, de forma a evitar saída de fezes;
- 4º Limpar toda a região periestoma;
- 5º Medir o diâmetro da ostomia;
- 6º Recortar a placa ou a base;
- 7º Retirar o papel protector da base e aderir no abdómen agora como o movimento do rebordo inferior do estoma para cima;
- 8º Se tiver duas peças, aplicar a placa de acordo com o paço anterior e adaptar posteriormente a bolsa, e fechar o clampo e verificar se a bolsa está conectada.

2.4. Impacto de uma colostomia na qualidade de vida do utente oncológico

A pessoa portadora de uma colostomia sofre um processo de mutilação severo causador de perda de controlo intestinal produzindo um padrão de incontinência, obrigando a presença de um dispositivo colector. O controlo voluntário existente no ser humano, resulta de um processo de aprendizagem em criança moldado pela apropriação de regras de conduta sociocultural e de construção identitária associado à esfera de intimidade da pessoa.

Reflectindo sobre a ideia anteriormente exposta Cainé (2008, p. 10) diz que “a perda deste autocontrolo tem um grande impacto na valoração sobre si mesmo, provocando um grande transtorno nas dinâmicas interpessoais desses portadores”. A não-aceitação do

estado de saúde pode resultar de alterações da imagem corporal por perda da integridade corporal, diminuição da auto-estima e o impacto desse facto na sua sexualidade.

A sexualidade é definida nesses termos pela OMS (2001) “é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade”, ela se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. Assim a “sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (*ibidem*).

A sexualidade é uma realidade global e multifacetada que de acordo com Azevedo (2003) “envolve toda a personalidade humana ao longo da vida, expressando-se de forma autónoma e é influenciada pela forma como é encarada”.

E somando ao que foi exposto pode também apresentar défice no autocuidado e capacidade de controlo, potencializando assim o aparecimento de complicações. A sociedade proclama a beleza e o corpo, a higiene e os bons odores, o colostomizado devido a essa cultura pode isolar-se da sociedade refugiando dos olhares preconceituosos que estigmatizam a sua condição de corpo. Este desvio de norma implica segundo Santos cit. in Cainé (2008, p. 10) “um esforço de reconstrução identitária sendo necessária compreensão para o processo de ressignificação pelo qual passam essas pessoas”.

É crucial a intervenção de enfermagem, fornecendo estratégias para favorecer o processo de integração, desde instrumentos que permitam ocultar a colostomia e o saco colector. O apoio emocional é sem dúvida importante para a pessoa colostomizada, pois permite que este expresse seus sentimentos e dúvidas e permite concomitantemente uma maior adaptação.

No momento de alta hospitalar a pessoa colostomizada é confrontada com uma nova realidade, e esta vivência é moldada de acordo com a qualidade de vida percebida pelas experiências individuais e pelas respostas ao processo de saúde-doença, que pode originar situações de vulnerabilidade.

Para Meleis (2000) cit in Cainé (2008, p. 10), esta vulnerabilidade “está relacionada com a experiência de transição, interacções e condições ambientais que expõe as pessoas a potenciais riscos, reabilitações demoradas ou uma adaptação ineficaz a uma nova condição de saúde”.

Adoecer por câncer é uma experiência que ultrapassa o corpo físico, e o impacto que esta tem na vida de um utente é vivenciada de forma diferente, embora nele “se instale

e desenvolva sentimentos e significados, estes interpretados e reinterpretados tanto pela pessoa utente quanto por aquelas com as quais convive” (Maruyama *et al*, 2009, p. 78).

A Enfermagem precisa contudo, considerar os preceitos legais exigidos à sua categoria, onde devem ser respeitados os valores éticos e seus princípios fundamentais pois, embora os avanços tecnológicos propiciem um poder de intervenção sobre a vida das pessoas, requer observar as repercussões destas para os indivíduos e para a sociedade.

Compreender como a doença oncológica mobiliza toda a dinâmica familiar faz com que a equipe de enfermagem, em especial a enfermeira, ao direccionar e planejar a assistência, possa fazê-lo de uma maneira mais abrangente, porém individualizada, de qualidade, e que contribua para um melhor enfrentamento da doença (Barbosa e Francisco, 2007 *cit in* Cruz e Silva, 2011).

Nessa relação, a comunicação favorece a interacção social e pode contribuir para uma maior compreensão e colaboração no tratamento, pois é um instrumento importante na construção da representação social, mediante o processo de interacção que promove no grupo social (Jodelet 2002; Moscovici 1978 *cit in* Cruz e Silva, 2011, p. 180).

Martins (2004) complementa o propósito dizendo que “é necessário os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, terem um papel significativo não só nos cuidados técnicos a prestar aos utentes, mas também no ensino a efectuar”, porque, mais do que transmitir conhecimentos teóricos, a pessoa tem necessidade de adquirir “saber - saber” para desenvolver um “saber - fazer” que, na opinião da autora, é o objectivo fulcral de toda a actividade educacional proporcionada, que jamais deverá ser menosprezada ou negligenciada pelos enfermeiros, enquanto técnicos de saúde.

2.5. Sistematização de Assistência de Enfermagem

No ano de 2002 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) denominou uma nova nomenclatura para o processo de enfermagem, o qual passou a ser conhecido como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), esta metodologia se baseou na proposta de Horta, porém com algumas modificações que visavam deixar o método mais simplificado. Por isso importa fazer um pequeno retrocesso histórico de Enfermagem, refazendo o percurso feito desde do surgimento desta arte do cuidar.

2.5.1. Evolução do cuidar em enfermagem

A enfermagem como profissão sofreu um longo percurso até a sua afirmação com profissão. A palavra enfermeira surge pela primeira vez no final do século XIX, termo empregado pela “Assistance Plublique de Paris”, e foi homologado em 1902 nas escolas de enfermeiras em França (Collière 1999, p. 18).

Para chegarmos até este facto em que a enfermagem aparece como profissão é necessário fazermos uma reconstrução histórica da profissão. Nos primórdios, a enfermagem não era tida como uma ciência, visto que ela era expressa como arte do cuidar no âmbito feminino, ou seja, era uma profissão eminentemente feminina, não reconhecida socialmente, identificada apenas pela execução das tarefas domésticas.

Além de ser reconhecida como o cuidado domiciliar originado no lar, com a mãe de família, a enfermagem passou a ser responsabilidade dos sacerdotes, feiticeiros, mágicos e filósofos, cabendo salientar o papel dos religiosos no atendimento aos utentes, incluindo os aspectos espirituais (Daniel, 1987, p. 82).

Collière (1999, p. 27) afirma que desde que “surge a vida que existem cuidados”. Porque segundo a mesma autora é “preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer”. Esta afirmação supõe que os cuidados durante milhões de anos não diziam respeito a um ofício ou a uma profissão, mas sim, a qualquer pessoa que garantisse a satisfação dos cuidados de outra.

Com o passar dos anos e com a abertura das primeiras escolas de medicina sob o comando da Igreja que discernia o que era bom ou mau (Chapat 1923, *cit in* Collière, 1999, p. 54). A partir do século XVIII quando apareceu as “filhas da caridade”, mulheres consagradas a Deus que serviam ao próximo, onde os cuidados eram orientados em prol da caridade (*ibid*, p. 65).

Com o surgimento dos hospitais, o médico assume a responsabilidade principal da organização desta instituição e, junto a este marco começa a se constituir o modelo biomédico, o qual, gradativamente, substitui o modelo religioso da enfermagem e desvaloriza o seu cuidado.

Posteriormente, sob a influência de Florence Nightingale, aproximadamente em 1854, nasce a Enfermagem científica destinada a um cuidado com bases holísticas e humanitárias, direccionado também para o ambiente do ser humano. Mesmo assim, o

objecto da Enfermagem não estava centrado na pessoa, mas na destreza em executar tarefas com economia de tempo e de movimento, o que acabaria a beneficiando (Collière 1999, p. 43).

Collière (2001, p. 179) defende que “cuidar esta em todas as etapas da vida”. Todos durante o processo de desenvolvimento um dia são cuidados, cuida e cuida-se. Numa outra perspectiva Almeida *cit in* Carvalho (1996, p. 47) afirma que “cuidar é diferente de aplicar terapêutica, cuidar é pôr em jogo um conjunto coerente de pensamentos e sentimentos que nos forçam a agir evidencia determinado comportamento”. Isto porque cuidar exige conhecimentos científicos para proporcionar ao ser humano o bem-estar a que tem direito.

Durante o percurso realizado pela enfermagem, os cuidados em diferentes fases era dirigido de acordo com a orientação da prática e dos modelos conceptuais. Nisto passa-se a expor de forma elucidativa e resumida os três paradigmas de enfermagem são eles: o paradigma da categorização, integração e por fim transformação (Kérrouac, 1996, p. 13).

1 – Paradigma da Categorização

Este paradigma da categorização caracteriza-se por perspectivar os fenómenos de modo isolado, não inserido no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definíveis e mensuráveis. O pensamento está orientado no sentido da procura de um factor causal para as doenças e da associação entre esse factor e uma determinada doença ou quadro sintomatológico característico (Silva, 2002, p. 10). O importante era tratar da doença.

A saúde é entendida como um estado de equilíbrio, altamente desejável e sinónimo de ausência de doença. Poder-se-á situar aqui o início da medicina técnico-científica, sendo que o seu objectivo passou a ser estudar a causa da doença, formular um diagnóstico preciso e propor um tratamento específico (Allan e Hall, 1988).

2- Paradigma da Integração

Este paradigma começa já a perspectivar os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais. São valorizados tanto os dados objectivos quanto os subjectivos. Este paradigma influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa. Surge nos Estados Unidos nos anos 50, no pós 2ª Guerra, onde havia elevado número de pessoas com carências de vária ordem.

A enfermeira era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa tendo em conta a sua globalidade. A partir daqui, intervir significa "agir com" a pessoa,

com o objectivo de responder às suas necessidades. A pessoa passou a ser entendida como um todo formado por partes em interacção, tendo surgido a expressão "a pessoa como ser bio-psico-socio-culturo-espiritual" (Kérrouac, 1996, p. 10).

Surgiram durante este período os primeiros modelos conceptuais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação.

3 – Paradigma da Transformação

Este paradigma perspectiva os fenómenos como únicos, mas em interacção com tudo o que os rodeia. As mudanças ocorrem por estádios de organização e de desorganização, mas sempre para níveis de organização superior (Newman, 1992). Isto é "um fenómeno único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro".

O início deste paradigma deu-se nos anos 70 e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo. Engloba autores como Watson (1988), Rogers (1989, 1992), Newman (1992) e 1992 com o aparecimento de Parse (Silva, 2002).

Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define. Intervir significa "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. A enfermeira e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérrouac *et al.*, 1996).

A enfermeira se assume como advogada do utente posicionando-se ao seu lado. A enfermeira ao garantir todos os cuidados requeridos por uma pessoa, co-responsabiliza-se com ela no processo de cuidados. O processo inter-relacional entre a enfermeira e o utente ganha assim o seu verdadeiro significado.

2.5.2. Do processo à sistematização

A SAE como modelo oficial para a prestação de cuidados, trouxe diversas discordâncias pois de acordo com a afirmação anterior, trata-se de mera burocracia e não optimiza os cuidados pois diminuem a assistência do enfermeiro junto do utente, posto que, passa mais tempo a escrever seguindo os passos do processo. A SAE é conceituada como um método de prestação de cuidados para a obtenção de resultados satisfatórios na implementação da assistência, com o objectivo de reduzir as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a adaptação e recuperação do utente (Lefèvre, 2002).

Para diminuir o tempo, modernamente foram desenvolvidas programas de computação que permitem classificar os utentes de acordo com as necessidades básicas e também nos registos de administração da terapêutica. Porém factores económicos para implementação, manutenção desta tecnologia e também algumas dificuldades dos próprios enfermeiros, a adesão do esquema informático são algumas das dificuldades para a implementação deste sistema.

Processo de enfermagem não é um conceito “novo”. Embora a expressão ainda não fosse utilizada, é possível que o ponto de partida para seu desenvolvimento e introdução na nossa linguagem especial remonte à segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale enfatizou a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas (McGuire, 1991, p. 3).

Nas décadas de 1920 e 1930, nos Estados Unidos, vários estudos de casos clínicos foram publicados na literatura da área. De modo geral, envolviam a análise e a avaliação sistemáticas, em profundidade, de um utente ou grupo de utentes similares, objectivando promover a compreensão acerca de seu estado de saúde/doença e das intervenções de enfermagem necessárias (*ibid*, p. 6).

De acordo com Henderson (1973, p. 378), há uma estreita vinculação entre os estudos de caso e o aparecimento dos primeiros planos de cuidado de enfermagem. O estudo de caso foi, segundo ela, “*o precursor dos planos de cuidado de enfermagem*”. Do mesmo modo, pode-se afirmar que os planos de cuidado foram as primeiras expressões do que se convencionou mais tarde denominar processo de enfermagem.

Desde a concepção do processo de enfermagem pela Horta em 1979, definido como “a dinâmica das acções sistematizadas e interrelacionadas que visam à assistência ao indivíduo, família e comunidade” já Mahomet *cit in* Possari (2005) define-o como “maneira ordenada e sistemática de determinar o problema do utente fazendo planos para resolvê-los, executar o plano ou determinar outros para executá-lo, e avaliar a efectividade do plano na resolução de problemas identificados”.

As fases propostas por Horta são: o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, a evolução e o prognóstico de enfermagem.

Sendo assim, vários são os autores que referenciam e nomeiam as fases do processo de Enfermagem, entre eles *cit in* Daniel (1987, p. 84): Lucile Lewis (1970), a Associação Americana de Enfermeiras, Litle e Carnevali (1971), Carlson (1972), Yura

(1973), Horta (1965-1979), Vietta (1986) cada um denominando as fases com terminologias diferentes, no entanto, cada uma fundamentada essencialmente nos mesmos princípios básicos milenares do método científico, mas operacionalizado segundo visões filosóficas e técnicas diversas, favorecendo a rotina em variadas situações e condições.

Partindo deste pressuposto, as terminologias adoptadas no decorrer deste marco teórico foram: o histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planeamento da assistência de enfermagem (plano de cuidados), implementação do plano de cuidado e avaliação da assistência de enfermagem.

1ª Fase: Histórico de enfermagem

Segundo Horta, (1979) o histórico de enfermagem é composto pela colecta sistemática de dados, os quais são importantes para identificação do utente, os problemas de enfermagem apresentados que desencadearam o desequilíbrio em sua saúde, levando a necessidade eminente da assistência de enfermagem.

Por isso é muito importante como o enfermeiro sistematiza a informação recolhida, para isso é necessário utilizar a técnica da entrevista para estabelecer o diálogo e uma relação de confiança com o utente para atingir a qualidade e a quantidade das informações que deverão ser obtidas (Smeltzer, Bare, 2005).

Para o enfermeiro fazer o histórico de enfermagem tem que colectar, verificar, analisar e comunicar sistematicamente os dados colhidos sobre o utente:

“Esta fase do processo de enfermagem engloba duas etapas: a colecta e verificação dos dados a partir de uma fonte primária (o utente) e de fontes secundárias (família, os profissionais de saúde...) e a análise dos dados como uma base para diagnósticos de enfermagem”. (Potter, 2004)

Ainda afirma Potter (2004) que na execução do histórico de enfermagem podem ser obtidos dois tipos de dados, os dados subjectivos que correspondem aos relatos que somente o utente pode oferecer, ou seja, são as suas percepções, tais como a presença de dor e a descrição de sua duração e intensidade, além de dados objectivos, os quais representam as observações feitas pelo enfermeiro no momento da entrevista, por exemplo, a mensuração da temperatura corporal e a aferição dos índices de pressão arterial.

O histórico de enfermagem é importante e tem algumas finalidades descritas por Possari (2005) como:

“Identificação de problemas, percepções e expectativas do utente, o conhecimento de hábitos individuais, estabelecimento da relação interpessoal, e a disponibilização dos cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades biopsicossociais de forma individualizada e personalizada”.

Quanto ao exame físico, o enfermeiro deve utilizar suas habilidades dos sentidos para realizar a observação, inspecção, percussão e ausculta. Tal procedimento deve incluir um exame geral do utente no qual o enfermeiro utiliza a observação, interrogação, aplicação de testes psicológicos, dentre outros. As finalidades do exame físico são na sua essência a colecta dos dados, garantir a prestação de assistência integral e formular os diagnósticos de enfermagem (Jesus, 2002).

2ª Fase: Diagnóstico de Enfermagem

Após a análise dos dados são concebidos diagnósticos de enfermagem que descrevem os efeitos das condições patológicas ou de um processo vital sobre actividades ou ainda, o estilo de vida do utente (Koop e Germani, 2006).

Para Potter (2004) diagnósticos de enfermagem:

“focaliza e define as necessidades do utente. Ele reflecte o nível de saúde do utente ou a resposta a uma doença ou processo patológico, um estado emocional, um fenómeno socio-cultural ou um estágio de desenvolvimento, enquanto um diagnóstico médico identifica predominantemente um doença específica”.

Os objectivos dos diagnósticos de enfermagem se baseiam no direccionamento do plano de cuidados para auxiliar os utentes e familiares a adaptarem-se a doença e resolverem os seus problemas.

Para denominar os diagnósticos de enfermagem é necessário sistemas de classificação, “ *arranjo sistemático de fenómenos relacionados em grupos ou categorias baseados em características que os objectos têm em comum.*” (NANDA, 2001) Assim, são duas as classificações mais utilizadas para denominar os diagnósticos de enfermagem:

➤ A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2001) define diagnóstico de enfermagem como “um julgamento clínico sobre a resposta do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/ processos vitais, reais ou potenciais”, expressa que quando usado de forma adequada torna-se um agente facilitador para a execução de cuidados de enfermagem planeados, pois indicam quais as intervenções necessárias a serem executados.

➤ A CIPE / ICNP “é uma classificação de fenómenos, intervenções e resultados que descreve a prática de enfermagem”. (CIPE / ICNP, 2000). A mesma

objectiva: estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem; descrever os cuidados de enfermagem a pessoas numa diversidade de locais, institucionais e não institucionais.

Permite ainda a comparação dos dados de enfermagem entre populações clínicas, locais, áreas geográficas ou tempos diferentes; demonstrar ou projectar tendências sobre a prestação de tratamentos e cuidados de enfermagem; incentivar a investigação em enfermagem; fornecer dados da prática de enfermagem que possam influenciar as políticas de saúde.

3ª Fase: Planeamento de enfermagem

Terminada esta fase segue-se a fase do planeamento que consiste na criação de metas e de um plano de cuidados destinado a ajudar o utente a resolver os problemas diagnosticados e a alcançar as metas identificadas (Swmeltzer e Bare, 2002).

“Para planear o enfermeiro deve estabelecer uma ordem de prioridades segundo os diagnósticos.” Esta priorização pode ser feita pela equipe, numa discussão conjunta, podendo ainda ser incluído o utente. Diante do diagnóstico que se pretende resolver, são estabelecidas metas e objetivos (Bachion, 2002, p. 45).

“As metas consistem em resultados gerais que se pretende que o utente alcance no sentido de promoção, manutenção, recuperação da saúde e reabilitação. Os objetivos são condições necessárias ao alcance das metas”, as quais devem ser realistas isto é, devem considerar as habilidades e limitações do sujeito e os recursos disponíveis. Devem também, estar centradas no utente e ser pertinentes ao diagnóstico em questão (*ibidem*).

4ª Fase: Implementação do plano ou intervenções de Enfermagem

Conforme Fernandes e Fontes (2000) a implementação do plano de cuidados, inclui:

- Estabelecimento das prioridades diárias: exige a aplicação dos mesmos princípios abordados no planeamento, no entanto, os passos para o estabelecimento das prioridades em base diária são um pouco diferentes, pois a implementação concentra-se no fazer;

- Investigação e reinvestigação: envolve a colecta permanente de dados, enquanto são realizadas as intervenções, para monitorar as respostas do utente;
- Realização das intervenções e modificações necessárias: realizar sempre as intervenções de enfermagem com o entendimento completo dos princípios e justificativas envolvidas, observando cuidadosamente a resposta do utente. Caso o utente não obtiver a resposta desejada, fazer questionamentos para descobrir o que está errado e depois realizar as modificações necessárias e fazer o registo no plano de cuidados.

Alfaro-Lefréve (2000) menciona que “as intervenções de enfermagem são realizadas pelo enfermeiro, para monitorar o estado de saúde do utente, minimizar os riscos, resolver ou controlar um problema, auxiliar nas atividades da vida diária, promover a saúde e a independência ideal”.

5ª Fase: Avaliação e Evolução da Assistência de Enfermagem

Na sequência do processo a evolução corresponde ao relato diário das mudanças apresentadas pelo cliente durante o período de vinte e quatro horas; na evolução o enfermeiro sempre avalia o plano de cuidados prescrito. Ao evoluir um cliente o enfermeiro pode detectar novos problemas de enfermagem, sendo esses responsáveis pela manutenção ou implementação de novos cuidados junto à prescrição de enfermagem (Possari, 2005).

Esta última fase compreende, avaliação da evolução do estado de saúde do utente, e permite a prescrição de enfermagem. No modelo assistencial de Horta (1979), corresponde ao prognóstico de enfermagem, “o qual se baseia na detecção das possibilidades de reacção do ser humano perante as necessidades humanas básicas abaladas pela doença, e ainda permite, a avaliação da resposta à implementação do plano de cuidados”. O prognóstico de enfermagem se apresenta em separado da evolução somente didacticamente, pois na prática ambos estão correlacionados.

Após explanação dessas fases da SAE, é importante a menção de que no decorrer de sua escalada científica, a enfermagem suscitou alguns autores, no intuito de embasar o saber empírico correspondente às diversas actividades realizadas no cotidiano, criando os modelos de enfermagem que moldam as teorias da profissão. Estabelecer um modelo é pensar em conceitos aplicáveis na prática e representa um conceito experimental antes de ser utilizado, o que leva à credibilidade da prática, já que estrutura de forma racional e

sistematizada o desenvolvimento das actividades, conferindo segurança no fazer (Carraro e Westphalen, 2001).

A nomenclatura tal como é conhecida e divulgada hoje (SAE) não é o único modo de ser chamada. De acordo com o contexto inserido, finalidade e área a que se destinam podem encontrar outras terminologias, como: *Processo de Enfermagem, Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistência, Consulta de Enfermagem*. (*ibidem*). A relevância está em compreender que todas assinalam a aplicação de um método científico para o planeamento das acções de enfermagem.

A aplicação da SAE envolve mais do que uma sequência de passos a ser seguidos, requerendo do profissional maior familiaridade dos diagnósticos de enfermagem e sensibilidade para adequar as necessidades do utente às condições de trabalho, tornando-as menos simples do que sugere a teoria (Garcia e Nóbrega, 2009).

A consolidação do processo depende vários factores, em que se destacam os económicos e sociais que precedem e sustentam a profissão de enfermagem. Cada vez mais a exigência nesta era de constantes avanços científicos e tecnológicos os enfermeiros são desafiados a demonstrar conhecimento na sua prática e saber justificá-la perante os utentes a quem presta cuidados (Cunha e Barros, 2005).

Num estudo realizado entre os 117 enfermeiros do Hospital da Restauração sobre a aplicação da SAE concluiu que os “enfermeiros na sua maioria (74%) concordam com a sua aplicação, porém referem sentirem-se desmotivados para fazê-lo, consequente de factores como políticas de saúde” (Silva, Oliveira, Neves e Guimarães, 2011, p. 1382).

As metodologias de prestação do cuidado sejam quais forem as suas denominações, representam, actualmente, uma das mais importantes conquistas no campo assistencial da enfermagem. O profissional imbuído nesse processo necessita de aprofundar continuamente os saberes científicos que determinam uma prática baseada na evidência, conferindo assim qualidade no cuidado (Nascimento, Backes, Koerich e Erdman, 2008).

Entretanto, para se chegar a um consenso no que diz respeito ao modo de trabalho da enfermagem, deve-se considerar as particularidades de cada serviço de saúde e tornar de comum acordo as classificações de diagnósticos, intervenções e resultados esperados, discutindo rotinas e validando os modelos de formulários apropriados para cada serviço de saúde. Não descortinando as condições de cada país em específico. É desta forma que se

tem conseguido implementar a sistematização satisfatoriamente, conforme relatos de experiências (Bittar, Pereira e Lemos, 2006).

2.6. A importância da Sistematização de Enfermagem no Cuidado ao utente Oncológico Colostomizado

É importante que haja qualidade no cuidar, atendendo melhor às necessidades do utente, com maior ênfase no ouvir do que no falar, lembrando de ajudar o utente nas dificuldades de expressar seus sentimentos, para melhor compreendê-lo (Mohallem e Rodrigues, 2007).

Nesse contexto o enfermeiro deve aperfeiçoar sempre suas habilidades em relação ao conhecimento técnico, científico e na capacidade de percepção das necessidades do utente. É necessário que haja planeamento na assistência humanizada, pois o profissional de enfermagem é quem está mais próximo ao utente, o qual deve ser tratado de forma efectiva (*ibidem*).

Boff (2003) destaca que o acto de cuidar é muito mais que simples atenção, é dedicação, compromisso, afecto e respeito ao utente. Os cuidados de enfermagem são essenciais na assistência durante todo o tratamento, exigindo muita habilidade afectiva e técnica de acordo com o utente, tratando-o de forma holística e humanizada (Brasil, 2008).

Contudo, Leite *cit in* Santos, Lataro e Almeida (2011, p. 75) esclarece que o profissional de enfermagem deve estar sempre aperfeiçoando suas habilidades e técnicas específicas, pois é o profissional enfermeiro que está mais próximo do utente, podendo-lhe oferecer segurança e conforto, já que as possibilidades de cura se esgotaram. O enfermeiro é o profissional que está diretamente ligado ao utente, tendo assim o compromisso e responsabilidade de ouvir e compreender melhor às necessidades de cada um, proporcionando-lhes apoio, compreensão e afectividade no momento de carência que possuem no enfrentamento da doença.

2.7. Relação de Ajuda entre o Enfermeiro e o Colostomizado/Família na Aceitação da Imagem Corporal Alterada

A existência de alterações físicas e o estigma social da doença oncológica provocam alterações psicológicas no doente que afectam a sua capacidade de adaptação à situação de crise, a adesão às terapêuticas propostas e a capacidade para enfrentar os seus efeitos secundários desagradáveis. Por isso, de acordo com Schub e Richardson (2014) é necessário: *“encourage discussion of disturbed body image, sexual dysfunction concerns, and other adjustment issues; request referral to a mental health clinician for support in adjusting to life with an ostomy, if appropriate.”*

Em assentimento com a afirmação anterior o enfermeiro é um instrumento importante para ajudar o utente colostomizado e a família no processo de adaptação e um dos temas a ser abordado assente sobre o problema de adaptação a nova imagem corporal.

Para Werebe *cit in* Maia (2009) a imagem corporal constitui-se a partir de uma “relação dialética entre o real e o imaginário, disso resulta que a imagem que temos do corpo não é estática, mas é o resultado de uma construção dinâmica baseada em representações de significados diferentes e complexos”, construídos constantemente no processo histórico e social. Uma outra definição da imagem corporal é-nos dada por Persson e Hellstrom (2002, p. 95), como sendo “o modo como nós nos sentimos e pensamos sobre o nosso corpo e a nossa aparência corporal. Os sentimentos e as atitudes relacionadas à imagem corporal formam um conceito de corpo que são fundamentais para uma vida social mais adequada”.

As alterações e preocupações relacionadas com o físico, referem-se às modificações fisiológicas gastrointestinais, nomeadamente a perda do controle fecal e da eliminação de gases, complicações relacionadas com a ostomia e realização do autocuidado com o estoma e com a troca de bolsas (Trentini, Pacheco, Martins, Silva, Farias e Duarte 1992, p. 16).

Ao longo da vida o ser humano constrói uma imagem de seu próprio corpo, a qual sofre influência dos costumes e do ambiente em que vive, atendendo as necessidades para se sentir situado em seu próprio mundo. A imagem corporal está relacionada à beleza, vigor, juventude, integridade e saúde e aqueles que não correspondem a esse conceito de beleza corporal podem experimentar significativo senso de rejeição. A modificação da imagem corporal do ostomizado pode levá-lo ao isolamento social, baixa de auto-estima e até mesmo a dificuldades relacionadas com sua sexualidade, já que seu corpo passa por modificações e ficará exposto frente a seu parceiro. Essas condições contribuem para prejudicar a qualidade de vida do ostomizado (Silva e Shimizu, 2006).

A compreensão de Maia (2009) por auto-estima é “a maneira pela qual os indivíduos aceitam a sua própria identidade, incluindo o conceito de uma boa imagem corporal e da aceitação dos aspectos físicos e sociais inerentes à sua existência”. A pessoa ostomizada pode desenvolver sentimentos de aceitação e melhorar a auto-estima mas isso depende do grau de apoio emocional, principalmente do apoio familiar.

Fernandes, e Miguir e Donoso (2010, p. 389) afirmam que “o utente portador de estoma intestinal pode sentir-se diferente, em uma sociedade na qual os *tabus* em relação ao corpo são frequentes, principalmente quando relacionados às partes íntimas”. Em geral, evita-se falar abertamente sobre esses órgãos, e não são raras as situações em que, em função desses *tabus*, os indivíduos protelam até o limite do tolerável à procura de assistência médica, recorrendo muitas vezes a tratamentos paliativos e a automedicação.

Nesta mesma linha Sonobe, Barichello e Zago (2002, p. 32) asseguram que “a alteração do papel e do *status* social da pessoa, na família e na sociedade. No que se refere ao retorno à sua actividade ocupacional/produtiva”. Há uma dificuldade de reinserção destas pessoas na sociedade, devida à perda ou limitação da capacidade produtiva percebida pelo ostomizado.

O uso da bolsa de colostomia representa a mutilação sofrida, apresentando uma relação direta com a perda da capacidade produtiva da pessoa. Muitas vezes, a pessoa ostomizada incorpora o estigma social, tendo dificuldades na sua própria aceitação e no seu processo de adaptação (*ibidem*).

Abordando a vida sexual do colostomizado Kimura (2009) contribui dizendo que “a própria cirurgia, a mudança da imagem corporal e a baixa auto estima podem afectar a vida sexual do utente de forma significativa”. Essas mudanças advindas do procedimento cirúrgico e, conseqüentemente da colocação da estomia, impõem adaptações nas atividades cotidianas por parte dos utentes e de seus familiares, para que consigam habituar-se a nova condição.

Cabe ao enfermeiro desenvolver junto do binómio colostomizado/ família estratégias de adaptação, para isso a que estabelecer uma relação de ajuda com base na comunicação. E para Stumm, Leite e Maschio (2008, p. 78) a comunicação é parte integrante no cuidado, nisto defendem que a comunicação é:

“um instrumento importante na prática de enfermagem, favorecendo a interacção com os utentes, ajudando-os a suprir suas necessidades, dúvidas e anseios. Ela contribui para um relacionamento efectivo, no qual o enfermeiro proporciona ao utente apoio, conforto, informação e sentimentos de confiança e de auto-estima. A comunicação entre equipe e utentes

está presente em todos os momentos do cuidado, incluindo a comunicação verbal e não-verbal”.

Com a comunicação, cria-se um vínculo com os utentes e familiares, sendo a mesma um meio necessário para que haja o desenvolvimento das relações interpessoais; por meio da comunicação, há uma possibilidade maior de desenvolvimento do cuidado humanizado (Silva, 2007).

A relação de ajuda é igualmente uma intervenção psicoterapêutica, consistindo numa relação na qual, aquele que ajuda fornece ao outro as condições que ele necessita tendo em vista a satisfação das suas necessidades (de um problema concreto, real ou potencial), pressupondo um papel activo da pessoa ajudada, que deve ter consciência do problema e querer resolvê-lo (Sequeira, 2006).

Segundo Prade, Casellato e Silva (2008), afirmam que quando “um membro da família adoece, a família é afectada severamente; os papéis que os membros assumiam dentro do contexto familiar são alterados”. Cuidador ou cuidadores são eleitos pelo utente e também por membros da família para tomar as decisões importantes e assumir as responsabilidades do cuidado e da qualidade de vida do utente.

O termo família origina-se do latim *familiae*, que significa grupos de pessoas que vivem em um ambiente comum sob a liderança de um chefe. Baseia-se na vida em comum e revela-se como principal unidade social, sendo de grande significado no desenvolvimento da sociedade, porque é nela que se formam os principais conceitos de valor, propiciando a formação de elementos estruturais da personalidade e do carácter (Alves, 1997).

A família é uma instituição inerente à condição humana, Franco e Martins (2000) consideram “a família como a principal instituição e tão antiga quanto a própria espécie humana”. Por isso é a base de apoio, sem a família a adaptação dos utentes a situações de doença seria mais complicado, na mesma linha Moreira (2001) considera que “a função mais importante da família é proporcionar apoio emocional e segurança aos seus membros, mediante o amor, a aceitação, o interesse e a compreensão”.

A enfermagem deve actuar junto com a família, inserindo-a no processo de cuidar do utente terminal, esclarecendo suas dúvidas, sendo empática, flexível e sensível, minimizando a sobrecarga emocional.

2.8. Intervenções de Enfermagem ao utente oncológico colostomizado

As intervenções de enfermagem ao utente oncológico colostomizado, são intervenções que são divididas por fases, portanto serão descritos neste subtítulo cuidados no pré e no pós-operatório.

Existe um consenso dentro da profissão de enfermagem sobre a necessidade das classificações dos diagnósticos, intervenções, e resultados de enfermagem para que os vários elementos da prática de enfermagem sejam documentados e estudados (McCloskey e Bulechek, 1996).

Com a expansão dos diagnósticos de enfermagem e o desenvolvimento de sistemas de classificação, surgiu a necessidade de resgatar as informações sobre as respostas humanas tratáveis pela enfermagem, isto é, classificar as intervenções de enfermagem. Esta necessidade decorre da exigência moderna da prática, de comunicar informações de enfermagem para outros elementos da equipe de saúde ou da equipe de enfermagem. Soma-se a isso, “vontade da profissão em acompanhar os avanços da área tecnológica sob a pena de ficar a margem da história e sem as benesses da informática” (Silva e Nóbrega, *cit in* Guimaraes e Barros, 2001, p. 131).

Nursing Interventions Classification (NIC) é um projeto que foi iniciado em 1987 por um grupo de pesquisadoras da *College of Nursing University of Iowa*, e desde então, vem sendo desenvolvidos inúmeros estudos relativos às intervenções de enfermagem, no sentido de construir uma linguagem padronizada para descrever as atividades que as enfermeiras executam quando prestam tratamentos de enfermagem.

NIC é o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direcciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objectivando a prevenção, promoção, protecção, recuperação e manutenção (COFEN 2008). NIC foi criada pela necessidade da classificação das intervenções de enfermagem para padronizar a linguagem usadas pelos enfermeiros.

Para Bulechek e McCloskey (1985) intervenção de enfermagem trata-se “de uma ação autónoma da enfermeira, baseada em regras científicas, que são executadas para beneficiar o cliente, seguindo o caminho predito pelo diagnóstico de enfermagem com o estabelecimento de metas a serem alcançadas”.

As intervenções de enfermagem na perspectiva de Abreu (2008), constituem a concretização lógica de todo o processo racional e sistemático de assistência, transferindo

para o campo clínico o pensamento, o planeamento e definição da estratégia terapêutica. Enquanto disciplina, a prática de enfermagem mobiliza saberes, teorias, modelos de ação e evidências de investigação, oriundas do contexto profissional ou de disciplinas adjacentes.

2.8.1. Cuidados no Pré-operatório

De acordo com Malagarriga (1999, p. 47), “os cuidados no pré-operatório devem iniciar-se no momento em que se comunica ao utente que este vai ser submetido a uma cirurgia, pois é a partir desse momento que começam a surgir duvidas, os medos, as angustias que todo este ambiente implica”.

Corroborando com a afirmação anterior o período pré-operatório segundo Phipps, Sands e Marek (2003, p. 526) “...começa quando é tomada a decisão da intervenção cirúrgica (...) Este período termina quando o doente é transportado, em segurança, para o bloco operatório, e enviado ao enfermeiro da sala para receber os cuidados adequados”.

Algumas das atividades de enfermagem no pré-operatório, explicitadas por Phipps, Sands e Marek (2003, p. 530) passam pela avaliação inicial do doente no pré operatório que começa “pelo contacto inicial entre doente e enfermeiro, e continua por todo o período. Deve ser uma avaliação holística a reflectir as necessidades, fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais, do doente e da sua família ou pessoas significativas”.

Com base nesta ideia os cuidados de enfermagem nesta etapa diminuem o medo e a ansiedade, explicando o procedimento a que o utente vai ser submetido, as adaptações necessárias contribuem para uma melhor recuperação.

Nesta fase o ensino e acolhimento ao utente e família são os cuidados essenciais de enfermagem. De acordo com esta fase os principais diagnósticos segundo NANDA, correspondem à:

- Défice de conhecimento devido a falta de experiências as rotinas e procedimentos cirúrgicos e relacionado com os cuidados ao estoma e a pele periestomal;
- Medo relacionado com o diagnóstico do cancro e consequências da cirurgia;
- Ansiedade relacionada a patologia, tratamento e também com a imagem corporal.

Siva e Rodrigues (2005: 26) afirmam que “ uma colostomia altera de uma forma radical e profunda a vida do individuo submetido a esta”. Assim o enfermeiro tem o dever de facilitar a adaptação do individuo à sua nova vida, através do estabelecimento de uma

relação de ajuda através do ensino abrangente, que foque os aspectos técnicos, os aspectos sociais e profissionais e a adaptação à vida íntima do indivíduo.

Phaneuf (2001, p. 401) define o ensino ao utente nos seguintes contornos:

“Intervenção profissional pela qual a enfermeira estabelece um processo pedagógico que fornece à pessoa cuidada, à família ou grupo informação sobre a doença, a sua prevenção e o seu tratamento, com vista a levar a pessoa a tomar consciência das suas capacidades de autonomia e a responsabilizar-se pela sua evolução para atingir um melhor estado de saúde”.

Desta forma o ensino é feito do enfermeiro para o utente e família e este deve utilizar uma linguagem simples de modo a favorecer uma comunicação pedagógica. A intervenção dos profissionais de enfermagem deve iniciar-se o mais precocemente possível, pelo que logo que a realização de uma ostomia seja a proposta terapêutica, é fundamental assegurar a confiança do utente e da família na equipa técnica.

A perspectiva holística e humanizada subjacente à prática dos cuidados, de acordo com Martins (2006), compreende as seguintes intervenções:

- Apoio psicológico e espiritual, devendo o profissional de enfermagem revelar compreensão pelos diferentes sentimentos e reforçar a importância da comunicação aberta que, segundo as necessidades dos utentes e familiares, deve encorajar a verbalização dos sentimentos relacionados com a alteração da imagem e funcionamento corporal; avaliar o estado psicológico e mental da pessoa é importante, especialmente se tem história de doença mental. A identificação precoce desses potenciais problemas pode melhorar significativamente os resultados pós-operatórios a nível da recuperação (Rust, 2009, p. 44).

- Selecção e marcação do local, ideal para a constituição do estoma, são os factores mais significativos que determinam a capacidade do utente para a realização do autocuidado e autonomia nas tarefas diárias e nos processos de interacção social e profissional (Simmons, Smith, Bobb, e Liles, 2007, p.635). A marcação do estoma, preferencialmente com inserção no músculo recto, varia de utente para utente e depende de um conjunto de variáveis como: contornos corporais, hábitos de vestir, cicatrizes pré-existentes, proeminências ósseas e pregas cutâneas.

Segundo Silva (1999, p. 22), para proceder a marcação do estoma deve-se “ser desenhado um triângulo imaginário unindo o umbigo à espinha ilíaca antero-superior, esta à espinha do púbis e esta de novo ao umbigo. O estoma deve ser construído ao centro deste triângulo”.

- Preparação do intestino através da limpeza intestinal e ingestão de uma dieta líquida sem resíduos nos dois dias que precedem a cirurgia e no dia anterior através de

enema de limpeza e ingestão de líquidos de reposição hidro-electrolítica. A limpeza intestinal pode incluir a utilização de clisteres, laxantes e antibióticos para redução da flora bacteriana intestinal.

A visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro do bloco operatório contribui para minimizar a ansiedade e o medo perante o acto cirúrgico e constitui uma oportunidade de interacção com o enfermeiro do internamento para assegurar a continuidade de cuidados e a troca de informações acerca do utente (Cesaretti, Santos, Filippin e Lima, 2005).

2.8.2. Cuidados no pós-operatório

No período pós-operatório, segundo Alves (1999, p. 43), “(...) dá-se continuidade aos cuidados iniciados ainda na fase de pré-operatório”. Assim, desenvolvem-se as intervenções de enfermagem de modo a prevenir complicações, primando por melhorar a qualidade de vida, através da promoção para a saúde de um maior nível de autocuidado e com progressiva diminuição da dependência do utente.

O enfermeiro deve estar atento nas possíveis complicações que podem surgir no pós-operatório imediato, como mencionados anteriormente são eles: hemorragia, necrose, deslocamento muco cutâneo e o abscesso e no tardio avaliar presença de prolapsos, retacção, hérnia, estenose e dermatites (Smeltzer e Bare, 2004).

Nesta fase cabe a enfermeira encorajar o utente a deambular, o enfermeiro deve estar atento ao controlo da dor, e observar náuseas e vómitos. No pós-operatório espera-se um estoma vermelho vivo e brilhante, deve ser utilizada uma bolsa de ostomia transparente para facilitar a avaliação. A drenagem fecal acontece no intervalo de 72 horas após o procedimento cirúrgico e deve preencher 1/3 do tamanho da bolsa (COF, 2003; Smeltzer e Bare, 2005 e Potter e Pery, 2006).

A reposição hídrica é importante e o enfermeiro deve estar atento aos resultados do balanço hídrico, registando de forma exacta da ingesta hídrica, débito urinário e secreção fecal para ajudar a balancear o equilíbrio hidro-electrolitos, prevenindo a desidratação (Ribeiro, 2006).

Os cuidados pós-operatórios têm uma importância fundamental na reabilitação da pessoa que passa a viver ostomizada, através de um conjunto amplo e específico de intervenções que passamos a enumerar: a avaliação do estado de consciência; controlo dos

sinais vitais; controlo da dor; controlo da fluidoterapia; controlo do débito urinário; controlo da drenagem gástrica, registo do balanço hídrico, controlo da drenagem dos drenos tubulares introduzidos e avaliação do local da cirurgia.

No pós-operatório o enfermeiro também tem que estar apto a prestar cuidados a ferida cirúrgica, seja no abdómen ou na região rectal dependendo do tipo de procedimento cirúrgico, os cuidados vão desde a parte de curativos, como por exemplo na região abdominal deve-se isolar a colagem do saco de ostomia do penso da ferida cirúrgica (Potter e Perry, 2006).

Os principais diagnósticos de enfermagem estabelecidos de acordo com NANDA, são os seguintes:

- Dor relacionada com a incisão cirúrgica;
- Potencial para infecção relacionada com o processo de cicatrização da incisão cirúrgica, e pela proximidade desta com local do estoma;
- Padrão de evacuação alterado, relacionado com alteração do funcionamento normal do intestino secundário a patologia de base;
- Comprometimento da integridade cutânea relacionado com incisão abdominal ou drenagem do estoma;
- Alteração da imagem corporal relacionado com a incisão cirúrgica e ao estoma;
- Alteração dos processos familiares relacionados com o diagnóstico e tratamento;
- Nutrição alterada menos que as necessidades corporais relacionadas com baixa ingestão nutricional ou perdas por vômitos ou diarreia;
- Défice de autocuidado relacionado com a higiene ao local do estoma e aplicação do saco de colostomia.

“As intervenções no pós-operatório imediato focalizam-se nas respostas as necessidades físicas e metabólicas, prevenindo as complicações imediatas do pós-cirúrgico”. (Otto, 2000, p. 146) Em concordância com a ideia apresentada, a afirmação seguinte diz-nos que:

“O acompanhamento pós-operatório do utente é constituído por uma diversidade de ensinamentos efectuados nas seguintes áreas: higiene da colostomia, alimentação, material para o cuidado ao estoma, vestuário, exercício físico, actividade laboral, técnica de irrigação e a sexualidade”. (Alves, 1999, p. 49)

Em função das mudanças que ocorrem no aspecto físico da pessoa ostomizada e, consequentemente, na estrutura psicológica, na vida social e nas actividades de vida diária, a adaptação à mudança de hábitos intestinais e dos novos cuidados de higiene são

difficultades presentes nas pessoas submetidas a este tipo de cirurgia. Assim, os cuidados de enfermagem no período pós-operatório para um utente com colostomia incluem, na fase inicial:

1º- Observar o estoma quanto à cor (rosado e brilhante), tamanho, localização, tipo, drenagem e aspecto da pele (protecção da pele);

- ✓ Seleccionar os equipamentos mais adequados e verificar o tipo de saco colector mais indicado;

- ✓ Esclarecer dúvidas e ensinar ao utente os procedimentos relativos à ostomia conforme a sua evolução;

- ✓ Aprender o manuseamento do material para o controlo das eliminações bem como para a troca do saco colector;

- ✓ Fomentar a participação da pessoa e família na realização dos procedimentos, pois inicialmente haverá o medo de sangrar e de sentir dor;

- ✓ Orientar e disponibilizar informação que facilite o regresso do utente ao domicílio, a integração na sociedade e o regresso ao trabalho.

2º- No que diz respeito a higiene do local de colostomia, Alves (1999, p. 44) refere que “ o estoma e a pele periestomal devem ser limpos com água e sabão”. O sabão deve ter propriedades neutras podendo ser de barra ou líquido, deve-se utilizar uma esponja macia. Para secar bem a pele, deve-se utilizar uma toalha ou papel absorvente. A mesma autora defende que a pele não deve ser esfregada e nem utilizar cremes gordurosos e produtos irritantes.

Deve-se ensinar ao ostomizado que a higiene do local do estoma pode ser realizada mesmo no momento de alta hospitalar. Os processos de aprendizagem são essenciais para o utente adquirir capacidades e competências para cuidar do estoma, promovendo desta forma a sua auto-estima e autonomia. Assim, deve ser proporcionada informação sobre a medição correcta do estoma após a cirurgia, durante a primeira semana e em cada mudança do saco nas primeiras semanas, para assegurar o ajustamento do saco colector. Durante o primeiro ano, deve ser reavaliado ocasionalmente o tamanho do estoma para assegurar uma adaptação perfeita (Sands, 2003).

3º- Quanto à alimentação, o ostomizado não necessita ter uma dieta especial, devendo optar pelo padrão alimentar anterior à cirurgia, no entanto, deverá ter alguns cuidados gerais:

✓ Mastigar cuidadosamente os alimentos, o que facilita a digestão e diminui a flatulência;

✓ Ter uma alimentação variada e fazer várias refeições ao dia;

✓ Controlar a ingestão de alimentos de acordo com a sua própria situação, atendendo a que há alimentos que:

-Causam obstipação, como o arroz, banana, batata, frutos secos, compota de maçã;

-Causam diarreia, tais como leite, feijão, melancia, figo, kiwi, morangos, vegetais, laranja, cereja, ameixas;

-Aumentam o cheiro das fezes (bebidas alcoólicas, espargos, cebola, alho, peixe, queijo, couves, ovos, café, pêra, feijão);

-Diminuem o cheiro das fezes, como os espinafres, salsa, vegetais verdes, alface, iogurte, manteiga;

-Causam flatulência, como as bebidas gaseificadas, feijão, ervilhas, batata-doce, couve-flor, brócolos, cebola, melão, cogumelos, chocolate e bolos.

“A alimentação é muito importante para a recuperação da saúde e do conforto pessoal”. Com uma alimentação adequada, “é possível normalizar a quantidade e a consistência das fezes, evitar a diarreia ou a obstipação e diminuir o odor das fezes” (Dias e Teixeira, 2005, p. 265).

De acordo com Amândio (1999, p.25) “deve ser fornecida aos ostomizados uma lista de alimentos adaptada a cada país referindo quais os que aceleram ou atrasam o trânsito intestinal, e os que provocam mais ou menos gases”.

Silva e Shimizu (2006) afirmam sobre a alimentação dos utentes ostomizados:

“Os hábitos alimentares precisaram ser modificados radicalmente como estratégia para evitar a flatulência excessiva, consequentemente, eliminações de gases e outras complicações como, por exemplo, a diarreia. Assim, eles passam a ter que realizar controlo alimentar rigoroso, que consiste em abster-se de todos os alimentos que causam eliminações de gases”.

4º- As questões relativas ao tipo de vestuário estão intimamente relacionadas com a localização do estoma, pois se estiver bem localizado ou for bem marcado no pré-operatório, não há necessidade de mudança de vestuário. No caso de, durante a cirurgia, não se conseguir evitar a linha da cintura, “dever-se-á aconselhar os homens que em vez de cinto, que pode traumatizar o estoma, usem suspensórios” (Negrão, 1987, p. 30).

O utente pode ainda utilizar cinta, para se sentir mais confortável, desde que não seja muito apertada (Correia, 2007) e de um modo geral qualquer vestuário que não

interfira com a integridade do estoma, desde que a pessoa ostomizada se sinta bem e confortável consigo própria.

No pré e no pós-operatório, questões sobre a imagem corporal e a sexualidade são assuntos que devem ser expostos e o diálogo deve ser feita entre o enfermeiro, utente e família, nisto algumas “dificuldades em lidar com a ostomia podem ser manifestados pela dificuldade do utente em olhar para o estoma. As preocupações mais comuns são o medo da rejeição, vergonha, receio da opinião dos outros” (Otto, 2000, p. 148).

A sexualidade é um tema delicado mas tem que ser abordado com o utente e com o parceiro sexual, discutindo em uma comunicação aberta quais as adaptações a ser feitas. Segundo Otto (2000, p. 148), “cerca de 30 a 100 % dos indivíduos do sexo masculino submetidos a uma ressecção abdominoperineal experimentam impotência sexual e requer acompanhamento de um urologista”, isto devido a lesão do nervo parassimpático e a perda de sensibilidade.

Quanto as mulheres, a mesma autora refere que as investigações não são conclusivas, mas revelam alterações na sensibilidade e dificuldade no processo orgásmico. É desejável que o ostomizado proceda à mudança do saco antes das relações sexuais ou opte pela troca para um mini-saco, ou ainda, após a irrigação, utilizar o sistema oclisor.

Não deve ter relações sexuais pelo estoma e, em caso de gravidez, o facto de possuir um estoma não prejudica o bebé nem a própria, devendo ter acompanhamento por profissionais desde a pré-concepção (Correia, 2007).

Quanto a prática de exercício físico, não existem contra-indicações salvo os que podem provocar traumatismos ao estoma, deve-se proceder a uma anterior troca do saco de colostomia, a contenção por cinta ou por equipamentos de desporto elásticos (*ibidem*). Para colmatar Alves (1999, p. 48) afirma que, “como qualquer individuo o ostomizado pode e deve fazer desporto”.

2.8.3. Seguimento ambulatorial: vertente ensino no autocuidado

Os ensinamentos não se limitam ao período de internamento, pelo que é muito importante o encaminhamento da pessoa com ostomia intestinal para recursos extra-hospitalares (Pringle e Swan, 2001, p. 1280). De acordo com a realidade do país, devem

ser encaminhados para o Centro de Saúde da área de residência para continuidade dos cuidados após-alta hospitalar.

O seguimento ambulatorial abarca assuntos como a educação, e de acordo com Engelke (2014) *“stoma education is multifaceted and should not be limited to self-care skills. It should include information and offer practice opportunities that allow patients and family members, as appropriate”*. É necessário uma abordagem específica por parte dos enfermeiros, porque o tratamento ao estoma, não deve ser priorizado em detrimento da pessoa como um todo, é necessário o fornecimento de informações, oportunidades de cuidar do estoma durante a consulta de enfermagem e incluir sempre os membros da família.

No seguimento ambulatorial, Canseco (1992, p. 245) defende que a consulta de estomaterapia é um local ideal para a realização de algumas actividades, como:

- Analisar o aspecto do estoma;
- Anotar as principais mudanças ou progressos no registo de enfermagem;
- Verificar o autocuidado, fazendo com que o utente colostomizado preste cuidados ao estoma de forma que o enfermeiro possa validar o ensino feito ou reforçá-lo se houver necessidade;
- Esclarecer dúvidas que o utente/colostomizado pode apresentar;
- Estabelecer diálogo com utente/parceiro no que diz respeito a sexualidade;
- Comprovar junto do utente/família se há cumprimento das necessidades básicas correspondentes as necessidades físicas, psicológicas e relacionais.

Segundo Carvalho (2007), um aspecto fundamental da promoção da saúde é o capacitar os outros, “o empowerment”, para que as pessoas passem a ter maior controlo e responsabilidade sobre os aspectos da vida que afectam a sua própria saúde.

Nas consultas de ambulatório, também é avaliada a forma como a pessoa e/ou cuidador está a lidar com a situação, como está a ser a vida familiar, social e laboral caso tenha sido retomada e, de acordo com as necessidades identificadas, são definidas estratégias para solução das mesmas, entre as quais a articulação com os cuidados de saúde primários no sentido de se manterem cuidados efectivos ao ostomizado enquanto membro da comunidade onde está inserido (*ibidem*).

2.8.3.1. Cuidados de enfermagem em estomaterapia

Sendo a Estomaterapia uma área específica dos enfermeiros são efectuados após a específica especialização, (Tavares, 1999). Porém esta classe dos enfermeiros permanece ainda com poucas subscrições e em Cabo Verde não existe nenhum enfermeiro estomoterapeuta sendo que quem presta esses cuidados são os enfermeiros dos cuidados gerais.

Efectivamente na perspectiva de Silva (1999, p. 35) a Estomaterapia “é a ciência de conhecimentos técnicos e princípios de relação de ajuda que permitem ao ostomizado reencontrar a sua autonomia mais rapidamente possível, após a cirurgia, para retomar a sua vida pessoal, profissional e social”.

A Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, (APECE, 2010) define Estomaterapia como:

“uma área diferenciada de cuidados de saúde, que interagem com o saber científico-técnico, princípios de relação de ajuda e através da informação, ensino e aconselhamento, permite á pessoa que irá ou foi submetida a uma ostomia prosseguir a nível pessoal, familiar, profissional e social, com as necessárias modificações, o mais rápido possível, concretizando objectivos e metas”.

Silva (1999, p. 35) também conceptualiza o Enfermeiro Estomoterapeuta nos seguintes termos:

“(...) a enfermeira munida da capacidade de prever, organizar, prestar e a avaliar cuidados de enfermagem ao utente/ostomizado, de forma individualizada tendo e conta os conhecimentos técnicos e os princípios da relação de ajuda apreendidos com a estomaterapia”.

Em alguns países como Portugal que nos é mais próximo, em alguns hospitais foi instituída a consulta de enfermagem em Estomaterapia, onde os cuidados de enfermagem são concretizados desde o apoio e a preparação pré-cirúrgica ao acompanhamento ambulatorial de utentes ostomizados, nisto Silva (1999, p. 35) inflige que a Consulta de Estomaterapia designa-se por “um local onde o enfermeiro atende os utentes seja pré ou pós-cirúrgico, no internamento ou no ambulatório, onde é respeitado a privacidade entre os intervenientes atendendo a importância especial do assunto”.

Nisto os cuidados de enfermagem aos utentes oncológicos colostomizados, no nosso contexto são prestados nos respectivos centros de saúde da área de residência ou

então nos hospitais centrais onde, como por exemplo em São Vicente, existe o ambulatório de oncologia onde são prestados os cuidados aos utentes oncológicos.

CAPÍTULO III- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta última parte do trabalho serão abordadas as linhas conclusivas do estudo apresentado de acordo com os objectivos propostos de forma a identificar se estes foram atingidos ou não. Deste modo será também pertinente reter algumas recomendações de investigação, tendo em conta que o trabalho foi composto em acordo com o prisma de revisão de literatura e por isso apresenta lacunas quanto a parte prática e o estudo no campo empírico, concluindo este trabalho é apenas a chave para novas investigações na área. O capítulo termina com a apresentação das referências bibliográficas.

3.1. Reflexão Final

A área de enfermagem oncológica ainda não é muito explorada em Cabo Verde, o país é caracterizado actualmente por um país em transição epidemiológica, devido ao aumento de doenças crónicas não transmissíveis em detrimento de doenças crónicas transmissíveis. O país carece de infra-estruturas e profissionais especializados que ofereçam um cuidado, tendo em consideração o objectivo primordial que é satisfação das necessidades dos utentes oncológicos.

Esta impreparação obriga a que os utentes tenham como única opção oferecida pelo SNS, que é a evacuação, este facto acarreta repercussões ainda não estudadas no utente oncológico, que vê-se obrigado a deixar as suas raízes, familiares e comunidade em busca da sobrevivência.

Com relação a preparação dos enfermeiros caboverdianos, por falta de estudos que comprovam que os enfermeiros possam estar aptos ou não para cuidar de um utente oncológico. As evacuações sanitárias constituem um recurso fundamental nos cuidados de saúde em Cabo Verde. Com efeito, a lei dá a possibilidade de transferência de doentes, tanto entre as ilhas, como para o exterior do País quando, constrangimentos decorrentes da falta de recursos técnicos, humanos, materiais e meios de diagnóstico e de tratamento põem em perigo a vida e a integridade do utente (Plano estratégico de desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde, 2005, p. 30).

Acredita-se ter alcançado o objectivo proposto na elaboração desta monografia, com o olhar sistematizado sobre a assistência de enfermagem aos utentes oncológicos portadores de uma colostomia e foi benéfico porque permitiu trazer a luz novos conhecimentos técnicos e científicos no cuidado a esses utentes.

Os ostomizados enfrentam modificações físicas, emocionais e de convívio social com a confecção da ostomia. Sua imagem corporal não é mais a mesma e não se enquadra nos padrões impostos pela sociedade. Uma simples necessidade básica de qualquer pessoa tornou-se para ele insuportável o facto de não controlar a eliminação intestinal e odores e possíveis vazamentos são motivos de preocupação.

Seus hábitos de vida sofrem alterações, como a alimentação e higiene. Seu psicológico, normalmente, encontra-se abalado, sentimentos como repugnância de si mesmo, desprestígio diante da sociedade, medo, insegurança, vergonha, inferioridade, depressão e auto-exclusão podem emergir diste desta situação de limitações impostas. A família do utente também passa por situações de enfrentamento e adaptação nesse processo.

Tudo isso são considerações que o enfermeiro ao cuidar do ostomizado tem que ter em perspectiva. O processo de a educação em saúde para o autocuidado contribui para o equilíbrio emocional do utente e de sua família, melhorando sua qualidade de vida. Por isso é importante que a equipe de enfermagem conheça o processo de adaptação vivenciada pelo utente/família podendo estimular e auxiliar para a participação nesses espaços de apoio.

É imperativo que os enfermeiros estejam preparados para cuidar dos utentes oncológicos colostomizados não pela patologia ou pela representação social do cancro, mas também por todo o processo de saúde-doença que representa para o utente/família. O cuidado sistematizado é pertinente porque permite que haja um acompanhamento do utente colostomizado em todas as fases, como foi referido ao longo do trabalho.

Falar de cuidados de enfermagem de forma sistemática ao utente oncológico portador de uma colostomia reverte a necessidade aprimorar os conhecimentos científicos, para prestar cuidados com base na evidência e não protela simplesmente saberes sobre a patologia de base, como também, conhecimentos acerca da comunicação terapêutica, relação de ajuda, continuidade de cuidados, cuidados apropriados a ostomia prevenindo complicações, e por fim o mais importante que é o ensino com como ferramenta útil para promover a independência e o autocuidado do utente colostomizado.

A família como base das relações sociais não pode ser esquecida no acto da prestação de cuidados, e enfatizando a nossa realidade é categórico que a família seja incluída no processo de prestação de cuidados, porque o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados formais, mas a família é o principal cuidador.

Acredita-se que este trabalho contribuirá para melhoria na prestação de cuidados, porque abarca temas, como a SAE, que é ainda um modelo recente na prestação de cuidados, incorpora também as intervenções de enfermagem de acordo com as características de um utente colostomizado e sintetiza alguns conhecimentos acerca da doença oncológica.

A elaboração deste trabalho monográfico representou um desafio e uma inspiração, primeiramente porque o desafio corresponde a inexperiência em realização de trabalhos científicos, e a inspiração porque o espírito de investigação em enfermagem, leva a uma busca constante pelo conhecimento.

Alguns factores durante este percurso dificultaram a realização desta monografia tais como: o facto de realizar o ensino clínico final ser num país diferente (Portugal) em que a adaptação e as exigências revelaram-se como prioridades a serem alcançados, e também pelo facto de realizar o ensino clínico numa área (Serviço de Onco-Hematologia no Instituto Português de Oncologia de Lisboa- Francisco Gentil- IPO) diferente do tema apresentado. Mas de uma forma geral foi gratificante, porque permitiu aglomerar de conhecimentos sobre a temática.

De entre os recursos facilitadores salientam-se o facto de ser-me permitido realizar 3 dias de observação na Consulta externa de Estomaterapia (IPO-FG), e também a participação informal ao 6º Curso de Estomaterapia realizada no mesmo Instituto pela Enfermeira Sandra Martins e Cláudia Rocha Silva. Com isto, foi possível perceber a importância da intervenção de enfermagem aos utentes oncológicos colostomizados.

Posto isto, o leque de conhecimentos adquiridos neste processo justifica este percurso, e pela transição epidemiológica, cada vez mais os enfermeiros, vêm-se confrontados com a necessidade de aquisição de conhecimentos no foro oncológico geral para a melhoria da prestação de cuidados., por isso este trabalho revela-se uma mais-valia.

3.2. Recomendações de Investigação

Falar num único trabalho de aspectos importantes como. Doença oncológica, SAE, e ostomias intestinais levou a que se repensasse futuros trabalhos a serem desenvolvidos com o foro de enriquecer o conhecimento científico, nisto propõe-se:

- Fazer um estudo sobre cuidados de enfermagem aos utentes oncológicos ostomizados: percepção dos enfermeiros sobre a necessidade de obter mais conhecimentos em estomaterapia;
- Realizar um estudo sobre a aplicabilidade de SAE aos utentes oncológicos, com base na consulta de enfermagem;
- Perceber qual o conhecimento dos enfermeiros acerca do processo de enfermagem e suas vantagens;
- Saber a competência dos enfermeiros para dar continuidade dos cuidados a utentes que foram evacuados para o exterior;
- Compreender quais as dificuldades dos utentes colostomizados na reinserção social tendo em conta a realidade cabo-verdiana.

A melhor forma de finalizar este percurso monográfico concerne no facto de que a enfermagem é uma profissão em ascensão e a investigação neste campo de saber, tem por objectivo *major* a melhoria na prestação dos cuidados aos utentes, por isso, as recomendações investigativas, apelam aos leitores, principalmente os enfermeiros, para investigação, porque é desta forma que o cuidar encontra o seu verdadeiro valor e é concebida a enfermagem o valor social que merece.

3.3. Referências Bibliográficas

Abreu, W.C. (2008), Transição e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informações. Coimbra: Formasau.

Allan, J. D. e Hall, B. A. (1988), Challenging the focus on technology: a critique of the medical model in a changing health care system. *Advances in Nursing Science*, 10, p. 22-34.

Alfaro-Lefreve, R. (2000), Aplicação de Processo de Enfermagem: Um Guia Passo a Passo. Porto Alegre: Artes Médicas.

Alves, M. D. S. (1997), Mulher e saúde: representações sociais no ciclo vital. Fortaleza: Pós-Graduação/ DENF/ UFC/ Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura.

Alves, E. (1999), Pós- operatório. *Revista Liga dos ostomizados de Portugal*. Santa Maria da Feira. LPO. Out. (43-49)

Amândio, J. (1999), A alimentação dos Ostomizados digestivos. *Liga dos ostomizados de Portugal*. Out. 24-46

APECE-Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, <http://www.apece.eu/page>.

Azevedo, A. A. (2003), Incontinência urinária: impacto no Feminino. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Bachion, M. M. (2002), Planejamento, Implementação e Avaliação da Assistência de Enfermagem. Universidade Federal de Uberlândia, Anais-III Fórum de Enfermagem Sistematizar o Cuidar, Uberlândia: Rápida.41-49.

Baider L, Cooper CL e Kaplan De-Nour A. (edi) (2000), *Cancer and the family*. 2ª ed. New York: John Wiley & Sons, in <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, 38 (166),p. 35-49.

Beyeus, M. e Dudas, S. (1989). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Tratado de Prática Clínica*. 2ªEd. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan

Bittar D.B., Pereira L.V. e Lemos R.C.A. (2006), Sistematização da Assistência de Enfermagem ao utente crítico: proposta de instrumento de colecta de dados. *Texto Contexto Enferm*. 15(4):617-28.

Bittencourt, A., Menezes, M., Sória, D., e Sousa, S. (2008), Resiliência na área da Enfermagem em Oncologia. *Acta Paul Enferm*, (22), 5, (702-706)

Brasil. Ministério de Saúde. Instituto Nacional do Câncer (2008), Ações de Enfermagem para o controlo do cancro: uma proposta de integração ensino-serviço. 3º Ed. Rio de Janeiro. Disponível em: www.inca.gov.br/enfermagem/docs/ficha_tecnica.pdf

Boff, L. (2003), Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. 9ª. Ed. Petrópolis: Vozes.

Boffetta, P. (2004), Epidemiology of environmental and occupational cancer. *Oncogene*. 23 (38): 403-6392. Em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15322513>

Brasil, COF (2003). Apostila Treinar e Educar em ostomias. Módulo Básico. Coloplast.

Bulechek, GM e McCloskey, JC. (1985), Nursing interventions: treatments for nursing diagnoses. Philadelphia: Saunders.

Burns, N.; Grove, S. K. (1993), The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 2ª Ed. Philadelphia: W. B. Saunders.

Cainé, J.M.P. (2008). “Viver com uma ostomia: o processo de integração da nova condição de saúde”. *Revista Enfermagem Oncológica*. nº 41, (7-12)

Canseco, M. (1992), Cuidados integrales de enfermeria a pacientes ostomizados. In Estapé, J. e Doménech, M (Eds). *Enfermeria y Cancer*. Barcelona, Ediciones Doyona.

Carvalho, W.A. Yamamoto, M.S. e Cistia, M.E. (2005). A criança ostomizada. In: Estapé, J. e Doménech, M. (eds.). *Enfermeiria y Câncer*. Barcelona, Ediciones Doyma, 245-266.

Carvalho, Maria Manuela Montezuma (1996), A Enfermagem e o Humanismo. Loures: Lusociência.

Carvalho, A. (2007). Promoção da saúde: Concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior. Universidade do Minho, Braga.

Carraro ET e Westphalen MEA. (2001), Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB.

Cascais, A.F.M. Martini, J.G. e Almeida, P.J.S. (2007). “O impacto da ostomia no processo de viver humano”. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007 Jan-Mar; 16(1): 163-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pff/tce/v16n1/a21v16n1.pdf>

Casmarrinha, M. (2008), Familiares do Doente Oncológico em Fim de Vida: dos Sentimentos às necessidades. Mestrado em Oncologia. Porto <http://repositorio-aberto.up.pt/>

Cesaretti, I. U. R. Santos, V. L. C. G. Filippin, M. J. e Lima, S. R. S. (2005), O cuidar de enfermagem na trajetória do ostomizado: pré, trans e pós-operatórios. In V. L. C. G. Santos, e Cesaretti, I. U. R. (Eds), Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu.

Cesaretti, I.U.R. e Leite, M. G. (2005), Bases para o Cuidar em Estomaterapia. In. Santos, V. L. e Cesaretti, I.U.R. (Eds.). Assistência em Estomaterapia: Cuidando do ostomizado. São Paulo, Editora Atheneu.

Chaves L.D (2000), O processo de enfermagem no atendimento do individuo com dor. In Pinto LS e Casa ECGS (2005), Sistematização da Assistência de Enfermagem no tratamento da dor oncológica. Rev Enferm UNISA; 6: (9-64).

COFEN-Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 272, Rio de Janeiro 27/08/2002, disponível em: www.portalfcofen.gov.br/2007/materiais.asp

Collière, Marie F. (1999). Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 5ª Ed. Lisboa. Lidel

Collière, Marie F. (2001), Cuidar... A primeira arte da vida, 2ª Ed; Loures-Lusociência.

Correia, R. F. S. (2007), A pessoa com estoma de eliminação intestinal... Que ensinso? Revista Sinais Vitais, 75, (29-32).

Correia, E. (2010), Avaliação da influência do diagnóstico e dos tratamentos médicos na qualidade de vida e no ajustamento conjugal dos utentes oncológicos num serviço de cirurgia geral. Dissertação de Mestrado Faculdade de psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Lisboa

Costa, C. (1999), O ostomizado voluntário numa instituição hospitalar. Liga dos Ostomizados de Portugal, Outubro, 55-56.

Christ, G.A., Rizzo,V. e Diwan, S. (2009), Cancer as a Chronic Life Threatening Condition/Chronic Illness and Aging, Columbia University, School of Social Work. Disponível em: <http://www.cswe.org/CentersInitiatives>

Cunha, S.M.B. e Barros A.L.B.L. (2005), Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. Rev Bras Enferm;58(5):568-72.

Daniel, L. F. (1987), *Enfermagem: Modelos e Processos de trabalho*. São Paulo: Pedagógica e Universitária.

DeVita VT, Hellman S, Rosenberg AS. (2001), *Câncer principles and practice of oncology*. 6ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Dias, M. Manuel, P. Xavier, P. E Costa, A. (2002), O cancro da mama no “seio” da família. In Dias, M. e Durá, E. (edi). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.

Dias, M. C. G. e Teixeira, C. F. G. (2005), Intervenção nutricional no ostomizado. In V. L. C. G. Santos, & I. U. R. Cesarretti, *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo: Atheneu.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. (2001) São Paulo: Artmed, (267-273)

Engelke, Z. (2014), *Patient Education: Teaching the Patient with Stoma*. Cialh Information System. EBSCO

Fernandes, R., Miguir, E.B. e Donoso, T. V. (2010), Perfil da utente: la estomizada residente no município de Ponte Nova. Minais Gerais, *Revista Brasileira Colostomizados*. V (30), nº 4 (385-392). Disponível em: www.scielo.br/phf?scrib=sic

Fernandes, M. e Fontes, W. D. (2000) de. *Metodologia da Assistência de Enfermagem: Texto Roteiro*. João Pessoa.

Fortin, Marie- Fabienne. (1999), *O processo de Investigação: Da concepção a realização*. Lusociência.

Fortin, Marie- Fabienne. (2009), *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Franco, P. e Martins, C (2000), A visita de familiares ao doente internado. *Nursing, Revista Técnica de Enfermagem*, V(5), (25-29)

Frish, N. (1994), *The nursing process revisited*. *Revista de Diagnósticos de Enfermagem*, Philadelphia, v. nº 5, nº 2 (51)

Garcia, T. R. (1996), *Cuidando de adolescentes grávidas solteiras*. Ribeirão Preto, Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Cit in Garcia, T. R.; Nóbrega, M. M. L. (2000) *Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo*. 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Apresentado na Mesa Redonda “A sistematização da assistência de enfermagem: o processo e a experiência”. Recife/Olinda – PE

Garcia TR e Nóbrega MML. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf

Guimarães, HCQCP e Barros ALBL (2001), Classificação das intervenções enfermagem. Rev Esc Enf USP. São Paulo, v. 35, n. 2. (4-130)

Graça, Albertino (s.d.), Introdução à investigação científica. 2ªEd.Universidade do Mindelo.

Grupo C.I.D.O (1997). Guia se Cuidados de Enfermeria em Utentes Ostomizados. Editora Draft, Promoción de Mercados, S.A.

Holland, J. E. e Alici, Y. (2010). Manegemente of distress in cancer patiente. The Journal os Supportive Oncology. Vol 8 (1), (4-12), Disponível em: <http://www.oncologypratice.com/jso/journal/articles/pdf>

Horta, Wanda de Aguiar (1979), Processo de Enfermagem, São Paulo/SP: EPU

Hurtado, H.O., Sáenz, A. e Velasco, M.M. (1994), Técnicas Cirúrgicas. In. Ortiz, H., Rague, J. Marti e Foulkes, B. (Eds), Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona, Editorial, JIMS, 107-131.

Jesus, C.A.C. (2002), A Sistematização da assistência de Enfermagem: Evolução Histórica e Situação Atual. Universidade Federal de Uberlândia, Anais-III Fórum de Enfermagem Sistematizar o Cuidar, Uberlândia: Rápida, nov-p.14-20. In Diniz, E.C; Bezerra, ICD e Ferreira, JÁ (2004) A evolução da Assistência de Enfermagem e sua Influência na Qulalidade da Assistência Prestada ao utente.

Instituto Nacional de Cancer (2002), Fisiopatologia do Cancer. 2ª Ed. Políticas de Saúde. <http://www1.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap2.pdf>

Kerlinger, F.N. (1973), Foudations of behavioral research. 2º Ed, New York, Holt Rinehart and Winston Inc. Cit in Fortin, Marie F. (1999). O processo de Investigação: da Concepção à realização. 1ª Ed, Loures, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas

Kérouac, Suzanne et al. (1996), El pensamiento enfermero. Barcelona, Masson, S.A.

Kimura, C. A. (2009) Reflexões para os profissionais de saúde sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos estomizados. Rev. Ciências Saúde, 2009. Disponível em: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4art7_reflexoes.pdf

Kubler-Ross, Elisabeth (2002), sobre a morte e o morrer. 8ª edição, São Paulo: Livraria Martins Fontes, editora Ltda.

Koop, Raquel J. e Germani, Alessandra, R.M. (2006), Processo de Enfermagem: real ou imaginário. Revista Vivências. V1, n2 (143-154). Disponível em: <http://www.reitoria.uri.br/>

Lobiondo-Wood G., e Haber, J. (2001), Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4^a Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan

Loureiro, O., Fernandes, A. (2007). “O utente ostomizado”. Coimbra, Sinais Vitais, 74, 33-37.

Maia, Ana Cláudia Bortolozzi (2009), A Importância das Relações Familiares para a Sexualidade e a Auto-estima de Pessoas com Deficiência Física [em linha]. São Paulo. Disponível em www.psicologia.com.pt.

Malagarriga, E. M. (1999), Valoración, información y seguimiento de enfermería en el hospital al utente ostomizado. In J. M. Ragué, e Valentí, M. T. (Eds.), Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Barcelona: Ediciones Doyma.

Martins, M. L. (2006), Assistência de enfermagem à pessoa com ostomia intestinal: programa de assistência ao ostomizado. Curso de Graduação de Enfermagem: Enfermagem nas Intercorrências Cirúrgicas e de Urgência.

Mattos, D. e Cesaretti, I.U.R. (2005), Complicações precoces e tardias dos estomas intestinais e urinários: aspectos preventivos e terapêuticos.” In Santos, V.L. e Cesaretti, I.U.R. (Eds). Assistência em Estomaterapia: Cuidando do Ostomizado. São paulo, Editora Atheneu, 195-213.

Marques, G. (1999), Pré-operatório: Informação e preparação psicológica e física do ostomizado. Liga dos ostomizados de Portugal. Outubro.

Martins, Ana, G. (2013). Sexualidade da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: que intervenção. Disponível em: www.repositorio.esenfc.pt/private/index

Maruyama S.A.T., Costa A.L.C., Espírito Santo E.A.R., Bellato R. e Pereira W.R. (2006), O corpo e a cultura como locus do câncer. Cogitare Enferm. 2006 maio/ ago; 11(2): 171-75.

Maruyama S.A.T., Costa A.L.C., Espírito Santo E.A.R., Bellato R. e Pereira W.R (2009), Auto irrigação: estratégia facilitadora para a reinserção social de pessoas com colostomia. Revista Electrónica de Enfermagem. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a26.htm>

McGuire, A. D. (1991), The genesis and nature of nursing diagnosis. In: Carlson, J. H.; Craft, C. A.; McGuire, A. D. e Popkess-Vawter, S. (1991), Nursing diagnosis: a case study approach. Philadelphia: W. B. Saunders.

McCloskey, JC e Bulechek, GM. (1996), Nursing intervention classification (NIC). 2ª. Ed. St. Louis: Mosby.

Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. e Walter, A, (2002), Cuidados de Enfermagem e Dor. Lusociência.

Ministério de Saúde da Republica de Cabo Verde. (2005), Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde. Praia. Disponível em: www.minsaude.gov.cv

Mitchell, G.J. e Cody, W. K. (1992), The role of theory in qualitative research. Nursing Science quarterly, 6 (4): 170-178, cit in Streubert, H.J. e Carpenter, D. R. (2002). Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo Humanista, 2ª Ed. Lugar, Lusociência.

Mohallem, A.G.C. L e Rodrigues, A.B. (orgs.). (2007). Enfermagem Oncológica. São Paulo: Manole.

Morais D. (2009), Ostomia: mulher ostomizada: você é capaz de manter o encanto. Publicação do Ministério da Justiça em parceria com a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; s/d.. Cartilha. Disponível em: http://www.abraso.org.br/Cart_Mulher_Ostomizada_4ed.pdf

Moreira, I. (2001), O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família – Coimbra: FORMASAU

Morse, J.M. e Field, P.A. (1995), Qualitative research methods for health professionals. Thousand Oaks, CA: Sage, cit in Streubert, H.J. e Carpenter, D. R. (2002). Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo Humanista. 2ª Ed. Lugar, Lusociência

Murphy, M.E. (2000). “Cancro Colorrectal”. In Otto, S. E. Enfermagem em Oncologia. 3ª Ed. Loures. Lusociência. (137-154)

Nascimento, K.C.; Backes, D.S.; Koerich, M.S. e Erdmann, A.L. (2008), Systematization of nursing care: viewing care as interactive, complementary and multiprofessional. Revista Escola de Enfermagem USP. 42 (4)- 8: 643. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/.pdf

Negrão, M. H. P. (1987). Cuidados de enfermagem a utentes ostomizados. Revista Enfermagem, 7/8. (27:32).

Newman, M. A. (1992) , Prevailing paradigm in nursing. Nursing Outlook, 40. (10-13).

Organização Mundial de Saúde (2003), Cuidados inovadores para condições crónicas: componentes estruturais de acção. Relatório Mundial. Brasília (DF): Disponível em : <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccportuguese.pdf>

Otto, S. (2000). Enfermagem em Oncologia. 3ª Edição, Lusociência.

Pacheco, S (2004) Cuidar A Pessoa Em Fase Terminal. Loures: Lusociência.

Paredes, T.; Simões, M.R.; Canavarro, M.C.; Serra, A.V.; Pereira, M.; Quartilho, M.J; Rijo, D.; Gameiro, S. e Carona, C. (2008), Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e utentes com tumor do aparelho locomotor. Rev. Psic., Saúde & Doenças. v.9, n.1(73-87), <http://www.scielo.oces.mctes.pt/>

Patrão, I. e Leal, I. (2004), Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. Psicologia, Saúde & Doenças” 5:1 53-73, disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf>

Pereira, M.G., e Lopes, C. (2002). O utente oncológico e a sua família Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores (pag. 71-99).

Pereira, M. G.; Lopes, C. (2005), O doente oncológico e a sua família. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Persson E, Hellstrom AL. (2002), Experiences of swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. Jour Wound Ostomy Continence Nursing. Mar; 29 (2): 103-8.

Petuco VM. (1998), A Bolsa ou a morte: estratégias de enfrentamento utilizadas pelos ostomizados de Passo Fundo [dissertação]. São Paulo (SP): USP/ Faculdade de Saúde Pública.

Pfeifer, K.A. (2000), Fisiopatologia. In Otto,S. E. Enfermagem em Oncologia. 3ªEd. Loures. Lusociência.

Phaneuf, M. (2001). Planificação dos cuidados: um sistema integrado e personalizado. Coimbra, Quarteto Editora

Phipps, Wilma J; SANDS Judith K; Marek F. Jane (2003), Enfermagem Médico-cirúrgica - Conceitos e prática clínica. 6ªed. Loures: Lusociência.

Pimentel, F. (2006). Qualidade de Vida e Oncologia. Lisboa: Almedina

Possari, João F. (2005), *Prontuário do Utente e os Registos de Enfermagem*. São Paulo, SP: Iátria,

Potter, Patrícia A. e Perry, Anne G.(2004). *Fundamentos de Enfermagem*. 5ª. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2004.

Potter, Patrícia A. e Perry, Anne G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimento*. 5ª Ed. Loures. Lusociência.

Prade, C. F.; Casellato, G. e Silva, A. L. M. (2008). Cuidados paliativos e comportamento perante a morte. In: Knobel, E. *Psicologia e Humanização: assistência aos utentes graves*. São Paulo: Atheneu.

Pringle, W., & Swan, E. (2001), Continuing care after discharge from hospital for stoma patients, *British Journal of Nursing*, 10 (19), 1275-1288.

Quivy, R., e Campenhout, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª Ed, Lisboa: Gradiva.

Rodrigues, M. (2007) “Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das utentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa.” Dissertação de mestrado em oncologia apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Cit in, Gonçalves, JDO (2010) *Qualidade de vida dos utentes oncológicos Submetidos a cirurgia, satisfação com os cuidados e Informação recebida durante o internamento*; Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Robbins, S.L. e Cotran, R.S.(2005), *Patologia: Bases patológicas das doenças*. 7. Ed. Rio de janeiro: Elsevier.

Rust, J. (2009). Care of patients with stomas: the pouch change procedure. *Nursing Standard*, 22 (6),43:47

Sá, E. (2003). “Qualidade de vida: Adaptação mental à doença oncológica.” *Nursing*. 15:181, (23-29)

Sands, J. K. (2003), *Avaliação de pessoas com problemas nos intestinos*. IN W. J. Phipps, J. K. Sands, e J. F. Marek (2004). *Enfermagem médico-cirúrgica, conceitos e prática clínica* Vol. 3, cap. 41 (1497-1564). Loures: Lusociência.

Santos, D.B.A., Lattaro, R.C. e Almeida, D.A. (2011), Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão de literatura. *Revista de Investigação Científica*. São Sebastião do Paraíso. V.1, n.1. 72-85, disponível em: <https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile>

- Seeley; Stephens e Tate, P. (1997). “Anatomia e Fisiologia”. Lisboa. Lusodidacta
- Seeley; Stephens e Tate, P. (2005), Anatomia e Fisiologia. Lisboa. Lsodidacta
- Serrano, C., Pires e Pedro M. (2005). Enfermeiro e o doente ostomizado. Nursing. ISSN 0871-6196. Nº 203, Ano 16, (35-41).
- Sequeira, Carlos (2006), Introdução à Prática Clínica: do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (1ª Ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Schub, T. e Richardson, S. (2014). *Ostomy Care*. Ciahl Information System. EBSCO
- Silva, P.C. (1999), Localização das Ostomias Digestivas. Liga dos Ostomizados de Portugal, Outubro, (21-23)
- Silva, P.C. (2005). Anatomia e Fisiologia. Loures. Lusociência.
- Silva, A.L; Shimizu, H.E. (2006), O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitivo. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v nº14, nº 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>
- Silva, M. e Rodrigues, M. (2005), O ensino ao colostomizado. Sinais Vitais, 58, 26-29.
- Silva, Daniel M. (2002,) Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. Millenium.
- Silva RCV e Cruz EA (2011), Planejamento da assistência de enfermagem ao utente com cancer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. Escola Ana Nery (impr.) Jan-Mar; 15 (1):180-185
- Silva, E.G.C; Oliveira, V.C.; Neves, G.B. e Guimarães, T.R. (2011), O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Revista Escola de Enfermagem. USP; 45 (6): 6: 1380, Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/
- Silva, T, D. (2007). Cuidado humanizado em uma unidade de terapia intensiva. Monografia (Trabalho de Conclusão do curso de Enfermagem) – Universidade Feevale, Novo Hamburgo - RS.
- Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K. A., e Liles, L. L. M. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships .Journal of Advanced Nursing, 60 (6), 627-635.

Smeltzer, S. e Bare, B. (2005), Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 10º Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

Sonobe. H.M; Barichello, E.; Zago, M.F. (2002) “A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia”. Revista Brasileira de Cancerologia. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v03/pdf/artigo2.pdf.

Sperandio, D.J & Évora, Y.D.M. (2004), “A Introdução de Tecnologias na Prática de Enfermagem: Construção de Software para o Planejamento da Assistência de Enfermagem”. Sociedade brasileira de Informática na Saúde. São Paulo. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/623.doc>

Sperandio, D.J e Évora, Y.D.M. (2005). Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. Revista Latino- Americana de Enfermagem, São Paulo, V13, nº.6. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6a04.pdf

Streubert, H.J. e Carpenter, D. R. (2002). Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o imperativo Humanista. 2ª Ed. Lugar, Lusociência

Stumm, E. M. F.; Leite, M. T. e Maschio, G. (2008). Vivência de uma equipe de enfermagem no cuidado a utentes com câncer. Cogitare Enfermagem. Santa Catarina, v. 13, n. 1, p. 75-82.

Tavares, J. (1999). O que é estomaterapia?. Enfermagem Oncológica. Outubro, 49:40

Tavares, M. e Castro M. (2005), Guia do Colostomizado. Portugal: Canastro e Cruz, Lda.

Terreno, M.E. (2000), Expectativa do utente que recorre pela primeira vez a uma consulta de cirurgia geral no IPOFG-CRL. Enfermagem Oncológica. Vol.13

Trentini M, Pacheco MAB, Martins ML, Silva DM, Farias SR, Duarte, R . (1992), Vivendo com um ostoma: um estudo preliminar. Rev Gaúcha Enferm. 1992 Jul; 13 (2): 22-8.

Whoqol Group (1993), “Study protocol for the world health organization project to develop a quality of life assessment instrument” (Whoqol), Quality of life research. 153-159.

Zampieri J. e Jatoba P. (1997), Histórico. In: Crema E, Silva R. Estomas: uma abordagem interdisciplinar. 1 Ed. Uberaba (SP): Editora Pinti. p. 14-34.